COURS DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

CAS CLINIQUES

DEMS 2019

Dr. HADJER AYAD

CAS CLINIQUE

obtétrique

1-HTA

2-diabete

3-RCIU

4-RPM

5-fievre

6-ictere

7-GEU

8-grossesse molaire

9-maladie gestationnelle persistante

10-oligoamnios

Dr hadjer ayad

HTA gravidique

Dr Hadjer Ayad

au total : il s'agit d'une patiente agée de 33ans, G2 P0, sans ATCD Mc particulier admise dans notre sevice pour une PEC d'une HTA gravidique sur Gsse de (33 SA) dont l'ex général retrouve : TA = 150/90, oedeme généralisé prédominant au MSI, dont l'ex ostétrical retrouve : HU = 27 cm, TV : col post court ouvert 1 Doigt a ocE oct fetus et dont le bilan biologique : anemie = 9,9 g/dl, thrombopénie 132 x 10^3, AU = 56 mg/l

→ c'est une GHR maternofoetale qui pose un problème : dg + pc + CAT

1 - sur le plan diagnostic :

→ dg ⊕ 1 - dg ⊕ de Gsse ne se pose pas devant : * accouchée en période d'activité génitale
* l'éclampsie confirme le dg
* dg AE ⊕ DDR précise + echo précoce = âge gestationnel

2 - dg ⊕ HTA = ne se pose pas : HTA ≥ 140/90

[modérée : 140/90 - 160/100
marquée = 160/100 - 170/110
sévère ≥ 170/110]

→ se pose le dg étiologique :

HTA extra gravidique

- d'origine cardiaque :
  * rétrécissement aortique
  * cardiopathie
  * sténose de l'artère rénale
- d'origine rénale : glomérulopathie
- d'origine endocrinienne :
  * sd de Wishing
  * sd de Cohn
  * phéochromocytome
  * diabète

→ éliminer devant la normalité de l'ex clinique et biologique

"cause gravidique" la plus probable +++

- patiente jeune, sans ATCD
- absence HTA avant la Gsse
- découverte au T3 > 20 SA
- présence OMI + prot des 24h ⊕

autotal : patiente agée de 33ans, G2 P0 sans ATCD qui présente une HTA rattachée à une pré éclampsie modérée sur Gsse de 33 SA +++

→ pose un problème pronostic + thérapeutique

2 - sur le plan pronostic :

1 - pronostic Maternel

→ **immédiat :**

- Pc Réservé (N bon N mauvais) +++

la patiente a présenté o2 épisodes 140/100 + douleur épigastrique => echo abd
l'ex clinique est satisfaisant ++ :
Bonne conscience - TA = 130/80, OMI régressé utérus souple, pas hoquet, absence de signe neurosensoriel : céphalée - vision floue, vision OK
sur le plan biologique : anemie - 9,9 g/dl
* thrombopénie 132 000
* acide urique ↑↑
- protéine sous s/p
→ classe corrigée, ASAT/ALAT corrigé

- patiente risque = cpl : HTA maligne
  - HRP
  - éclampsie
  - CIVD
  - HELLP sd
  - OAP
  - AVC
  - insuf rénale
  - mort maternelle
  - hematome sous capsulaire du foie

→ **Pc Pointain :**

- cpl thromboembolique + infectieuse
- cpl liée hoquet : sd Sheehan, IOR
- si ⊕ : cpl d'anesthésie

(Normalisation TA se normalise après l'AcC mais risque de récidive si Gsse ultérieure.)

- Pc sera mieux évalué après : FO, echo abd

2) - pronostic fœtal =

→ immédiat =

Bon = MAF ⊕, BCF BIR ; croissance N, doppler NP, ERCF réactif, manning bon ≥ 8

Réservé = malgré MAF + BCF présent car : RCIU, oligoamnios, doppler perturbé

mauvais = MAF ↓, ERCF pathologique, diastole nulle, Reverse flow, manip < 4

→ risque = SFC / sFA
- RCIU ± hypotrophie
- oligoamnios
- MIU
- prématurité

* en post natal = infect° néonatale, mort néonatale, cpl prématurité : hypoglycémie, hypocalcémie, ictère

→ au long terme = séquelles d'un SFA
- retard staturo pondéral
- retard psychomoteur
- infirmité motrice cérébrale

3) = CAT =

* plan thérapeutique : que peut on proposer à cette patiente âgée de 33 ans, 2ème geste multipare qui présente une prééclampsie sévère à 33 SA

1) - hospitalisat° + mise en condit°
1 - Repos en DLG
2 - Bas de contention
3 - voie d'abord
4 - hydratat° non excessive
5 - Régime normosalé

2) - prot des 24h si n'a pas été fait

3) - Bilan de retentissement :
FNS, TP, TCA, urée, créat, CRP, ASAT, ALAT, Albuminurie, protéinurie
FO - ECG - écho abd

4) Traitement = objectif : TA < 140/90 sans trop la baisser

- Si TA > 160/100 + SNS ⇒ Trt parentéral : Loxen (nicardipine) 10mg amp à la SAP 1-6mg/h pdt 30min puis réévaluer ↑ N ↓ ⇒ céphalée + tachycardie
  ⇒ Relais per voie orale : par monothérapie Aldomet 1cp/8h ↑ 6mg ↑ selon la cible TA
  bithérapie si échec rajouter Loxen 10mg 1cp x/j
- Si TA < 160/110, pas SNS ⇒ monothérapie Aldomet 1cp/8h
  si insuffisant rajouter bêtabloquant

↳ Apport de Mg++ : si HTA sévère + SNS : 4-6g en IVL puis 1 à 2g/h
↳ Remplissage vasculaire si hypoalbumine
↳ Correct° anémie
↳ accélérat° de la maturat° pulmonaire fœtale par corticothérapie 12mg/j si extract° simple si < 34 SA

→ surveillance

Maternelle

* clinique =
- cinétique de TA 1/4h
- cinétique de poids + diurèse
- Recherche des SNS = céphalée, acouphène ... éminent, des œdèmes = prise de poids élevée
- Hgne et Contracture abd

* paraclinique =
- Bilan standard à l'admission puis 1x/semaine si cible 12g/h
  cinétique sg - bilan rénal, hépatique, protidémie, protéine, FNS,
- FO = œdème papillaire - Rétinopathie hypertensive
- ECG

Fœtale

* clinique = . HU = chaque 12h
. compte MAF pdt 30' 3x/j
. auscultat° BCF

* paraclinique :
: ERCF 2x/j
: écho = posit°, estimat° du poids, quantifi° LA localisat° doppler
manning
Doppler : utérin : étude vasculaire initiale : reflet circulation fœtale
cérébral : si initialement path

* Accouchement : NP < 6 cm/s

→ Evolution :

Favorable

- normalité de tous les paramètres clq+ paracliniques maternels et fœtaux grossesse poursuivie jusqu'à 37 SA
- → si la patiente rentre en TW spontanément la voie basse sera autorisée si pas CI [bassin clq, présentation, fœtus en siège, HELLP]
- → sinon : DAN par CRUI après maturation du col
- → surveillance maternelle TA +++
- → surveillance stricte du partogramme : BCF, segment inf, PDE, dilatation
- → voie haute si échec du DAN

Défavorable

- survenue d'event de mauvais pc :

Maternel
* TA instable
* aggravation OMI SNS
* dlc épigastriques
* oligo anurie
* éclampsie, hellp syd hématome sous capsulaire SHAE, HRP, CIVD

Fœtal
- ↓ du accrt PAF
- ERCF décélératif
- Doppler pathologique
- Hemmy ≤ 4

→ interruption de la grossesse +++

4) dans le post partum :

PEC du NNé = réchauffé, désobstrué, oxygéné
ex clinique complet
Lutte contre l'hypoglycémie : alimentation précoce
PEC spécialisée en néonat

examen du délivre systématique +++

PEC de la patiente :

1) - surveillance = TA, glycémie (si diabète), TA, Fc, GUS, bactries
risque d'éclampsie existe tjrs + HELLP syd au post partum
2) - bilan HTA
3) - Tt = Sero prophylaxie anti D si Rh ⊖ ++
ATB
HBPM
- Lever précoce ++
- Reduire le tt hypotenseur selon crise TA
4) - allaitement autorisé
5) - contracept° = microprogestatif à partir de 10j post partum par oral
- pris relais par contracept° HO après bilan clinique gynécologique si pas CI
- DIU

ultérieurement =

* acheter en cuvette
* si persistance HTA, protéinurie => compléter le bilan étiologique = insuffisance rénale
* pour future grossesse : Aspégic 100mg/j dès le début grossesse
Doppler utérin à 12 SA
surveillance TA

* si MAP éclampsie précoce (<32 SA) → Recherche Ac antiphospholipides [anticoagulant, antiagrégant, cicatrisant, anti B2GP]
→ Bilan thrombophilie congénitale

Diabete + Grosse — Dr Hadjer Ayad

au total = il s'agit d'une patiente agée de 32 ans, G1P0, sans ATCD particuliers en surpoids qui consulte à 37SA cfg qui l'ex obstétrical retrouve une HU excessive

→ une Gtte maternofoetale qui pose un problème: Diagnostic, Pc - AT

* sur le plan diagnostic =

- le problème de l'age gestationnel ne se pose pas devant: DDR fiable + écho précoce
- le dg ⊕ HU = 36 cm =
  1- erreur de terme
  2- surpoids maternel
  3- Grosse multiple (elimine GMF)
  4- hydramnios (elimine IAN)
  5- macrosomie foetale cm biométrie > P90
- le dg étiologique de macrosomie = FR [multiparité, âge, ATCD taille 1,75, poids > 70kg, mise poids
  * surpoids de la ♀ = obésité, grande taille
  * dépassent eliminés par AG
  * diabète retenu = surpoids, mise de poids excessive
    glycosurie 3+
    ~~GAJ~~ sera demandé
  si DG = ♀ jeune, obèse, ATCD fx, découvert par la 1ère fois pdt la Gsse
  FR+/-

au total:
G1P0 à 32 ans, qui présente une macrosomie foetale significative à 37 SA en rapport avec un **DG** mécanisme très probable classe A priseitia whitè
→ pose un problème pronostic - therapeutique

2) pronostic =

Maternel

- **immédiat**: seule "moyen" : car
  · DG
  · mauvais suivi Gsse
  · avec chiffre glycémie

dlle risque =

pdt Gsse =
① cpl métabolique: hyper / hypoglycémie acidocétose
② cpl infectieuse: "urinaire"
③ RPM = risque chorioamniotique
④ survenue de prè eclampsie
⑤ apparit° cpl dégénérative si diabète pré-gestationnel

pdt le travail =
* dystocie dynamique
* dystocie mécanique
* Trauma obstétricaux
* risque hge de délivrance +++

- **au long cours**:
  * persistance DG = chronicité
  * Récidive
  * risque diabète type II ultérieur
  * séquelle d'un Acc obstétricaux maternels =

Foetal

- **immédiat** = "moyen":
  · mère diabétique avec mauvais suivi
  · Retard croissance, macrosomie → hypoglycémie néonatale

Risque **pdt Gsse**: SFC ++, MIU, RPM: risque infectieux, mort fœtale in utero
pdt travail: SFA ++, Mort de IU, Trauma obst = crânien - hge cérébro-méningée - dystocie d'épaules
en post natal: hypothermie - hypoglycémie, hypocalcémie, polyglobulie, ictère, SDRA, infection, mort

- **au long cours** =
  1. anemie
  2. obésité
  3. diabète type II
  4. séquelle traumatique: paralysie obstétricale
  5. " SFA = retard psychomoteur

3i - CAT =

→ - Hospitalisat° + mise en maternité
- Repos DLG
- Bilan standard : glycémie à jeun, FNS, rénal, Lepotyc
- FO
- ECG
- ECBG + ECG chez petites
- cuffiner le diabète si n'a pas été cuffiné avant par HGPO (24 SA) à 34 SA → CAT = > 0,95 g/l DE ⚠⚠
- Faire une écho = [biométrie, quantité LA, recherche de malfor° / Doppler ombilical
- ERCF
- Acrylique

→ mise en charge du diabète =

* Régime hypocalorique hyposucré 03 repas, 02 collat° RHD t+1
objectif GAT < 0,95 g/l 6 à 2h = < 1,20 g/l

* si échec ⇒ insulinothérapie : 0,5 à 1 UI/kg/j en S/c après 7-10 j du RHD
08h : IO , 12h : IO , 20h IO + sérétard

→ Surveillance =

Clig — Maternel

① cycle glycémique = 6 fois : +++ avant et 2h après chaque 03 repas
② - tabetix 1x/j
③ - clinat° cutanéo-muqueuse, TA, TA
④ - symptômes utérus
⑤ - MTR

Paraclig :
Bilan standard : à l'admission + 1x/sem
FNS, groupe sg, RAI / cm
glycémie à jeun

Fetal

Clig : HU, MAF, BCF
Biologie : Acrylique 1x semaine T 6ème
paraclig :
* ERCF 2x/j
* écho (1x semaine) position, biométrie (poids quantité LA, placenta maturité + doppler

→ moment et modalité d'accouchement :

tant que les critères de surveillance sont bons (eq diabétique, pas SF, pas HTG ...)
Pas de terme est poursuivie jusqu'à 38 SA si le retard de maturation pulmonaire est lié au diabète
ne pas dépasser les 39 SA

* voie d'accouchement =

Voie basse : fœtus eutrophique, bassin clinique perméable, diabète stade A ou B
selon grille Wilkie :
si Bishop > 7 = le travail déclenché le matin avant 1ère injection insuline
OSU soupçonné de 5 à 6 % → débit accélérée jusqu'obtention de contraction utérine efficace avec surveillance régulière ERCF glycémie capillaire H
si Bishop < 7 → maturation puis idem

→ dilatation complète : infiltration du cul de sac utérin, épisiotomie, pédiatre pour réa Nné

Voie haute = cpl maternelle ou fœtale = 2° , 1° = macrosomie SAPOOG

HTR rebelle, HRP, macrosomie importante, SFA

→ BPO
→ consult° pré anesthé

→ exam du détresse fœtale +++

4)- dans le post partum =

PEC Maternel =

1- surveillance = Dextro, TA, T°, montée laitage Gris, fesses
2- insuline réduite de moitié si diabète type 2 arrêt totale si DT1
3- ATB
4- Anticoagulant + levée précoce
5- Anti D si Rh ⊖ ⚠⚠
6- allaitement conseillé
7- contraception :
   * microprogestatif pdt 6 mois
   Relai :
   - rétroprogestatif : si diabète pas ci
   - DIU (© 6 mois postop)
8- insister sur le respect EIG +++
9- GAJ ⊖ HGPO à 3 mois (6 à 12 sem)

PEC du Nné =

- Réchauffé, désobstrué, oxygéné
- Rapidement mère
- ex complet
- PEC spécialisée en réanimation

devenir :

- risque cpl métabolique surcharge pondérale HTA

ultérieur =

- Récidive DG
- risque accru de césar si VBAC
- risque de développer diabète type 2 ds les 10 ans
- risque de Sd métabolique et pathologie cardiaque

cas clinique

HTA + RCIU

Dr. Hadjer Ayaci

il s'agit d'une G2 P1 agée de 28 ans, qui ne présente aucune tare médico-chirurgicale ant les ATCDs obstétr. → notion d'Acc prématuré d'un enfant mort né sur G1 de 32 SA sur laquelle était greffée une HTA apparait au 5ème mois par la G2 actuelle de 32 SA, HTA d'apparit° précoce récidivante traitée dès sa survenue et étroitement suivie

l'ex clinique ne retrouve pas d'oedeme MI, pas de signes neurosensoriels

la TA s'est stabilisée avec le repos et le trt antihypertenseur

l'ex somatique est sans particularité, l'ex obstétricale NP pas MAP

cependant la HU n'est pas conforme à l'AG mais bonne vitalité fœtale

cmc G2 à haut risque materno-fœtal pose multiple problème dg: PE ? CAT

[1] sur le plan diagnostic :

dg ⊕ ⊛ le dg de l'AG ne se pose pas devant :
- DDR précise avec cycle régulier
- écho précoce à 10 SA confirme l'age clinique 32 SA

⊛ devant l'HU ↓ < AG = nous évoquons

1 - erreur de terme : à éliminer devant : DDR précise, écho précoce, écho précoce
2 - G2 associée à éliminer devant : MAP ⊕, CF ⊕, ECG : GHF entière
3 - oligoamnios : écho
4 - RCIU : FR : ATCDs MIU, ATCD HTA précoce, ATCD de dépôt
écho à 30 SA évoque : RCIU + oligoamnios (RCIU sur HTA)

→ type RCIU : apparait après 24 SA tardif dysharmonique

⊛ dg ⊕ HTA : courbe TA > 160/100 mm Hg sur 2 PT, ATCD HTA

dg étiologique

[1] dg étiologique de l'HTA = Est-ce que c'est une HTA gravidique ou chronique

on élimine d'emblée HTA chronique car disparait en dehors de la G2, aucun mic n'a été rapporté par la patiente.

Dg étiologique : HTA essentielle est écartée
HTA secondaire à une cause précise

→ cardiaque : coarctat° A
cardiopathie
sténose de l'art rénale

→ rénale : glomérulopathie
ATCD néphropathie

→ surrénalienne : phéochromocytome
ATCD Conn
cushing

→ Métabolique : Diabète
hyperthyroïdie
lupus

* on elimine le dg HTA en rapport avec nephropathie ou toxemie gravidique ou prééclampsie car = HTA apparait précocement
par de protenurie ni oedeme ni prise de poids excessive ni atteinte de la Creat

* mais femme devant une HTA isolée précoce récidivante . classée II ou IV

[⚠ si à l'envie : OMI, HTA, prise du poids → HTA compliquée de prée ⚠]

② dg étiologique de RCIU

* le dg le + probable devant : biométrie < P_{10}
RCIU dysharmonieux tardif T_3 / harmonieux précoce T_2
contexte HTA

* le dg etiologique :

→ cause maternelle : 60%
- âge < 18 ans, > 35 ans
- primiparité - grande multiparité
- milieu socio économique défavorable
- ATCD RCIU
- Toxique = Tabac - alcool - drogue
- Génotypie - insuffisance pondérale - obesité
- malformation utérine : hypoplasie utérine - utérus BTF
- HTA chronique - prééclampsie - HTA gravidique ⇒ cause la plus probable
- toute les causes d'hypoxie chronique : cardiopathie, anémie
- autre chronique : diabète, Lupus, SAPL

→ cause fœtale : 25%
- Caryotype multiple = éliminé à l'écho
- atteinte chromosomique T_{13}, T_{18} : peu probable
- infection = CMV - toxo - Rubéole - varicelle ⇒ Sérologies
- malformation, syndrome génétique : peu probable

→ cause placentaire :
- insuffisance placentaire
- infarctus placentaire ⇒ éliminé à l'écho du délivre
- placenta praevia
- choriocangiome
- pathologie du cordon

→ fœtus constitutionnellement petit = dg d'éliminat°
petit poids de naissance isolé

au total : il s'agit d'un RCIU dysharmonieux lié à une HTA gravidique récidivante qui présente un risque maternel et fœtal dont il faudrait évaluer le P_c

[2] Sur le plan pronostic :

Maternel :

A] Le Pc actuel = immédiat

Clinique : * stabilisation des chiffres tensionnels sous ou repos + TT
* pas de signes neurosensoriels
* pas de prise de poids, ni œdème

Biologie : * absence d'insuffisance rénale ni hépatique
* ni de TCD de l'hémostase
* le bilan sg : discrète anémie

Bilan de Retentissement : FO, ECG, écho NF

→ Pc maternel actuel est bon

B] Risque de cpl :

① au cours Grossesse = - instabilité TA
- HELLP syndrome
- OAP
- hématome sous capsulaire du foie
- AVC
- insuffisance rénale

② au cours Acc - prise hypertensive
- HRP et ses cpl
- éclampsie, CIVD

③ post partum = éclampsie +++
HELLP

Fœtal

A] Pc immédiat :

- MAF toujours retrouvés par la mère : RCF
- oligoamnios : Pc réservé
- RCIU = mauvais Pc si
  * précoce
  * harmonieux
  * < P3
  * oligoamnios
  * doppler pathologique

B] - il risque :

pd la Grossesse :
* SFC / RCIU
* HTU : RCIU sévère
* mort subite au cours HRP, éclampsie
* prématurité et ses cpl

pd le W° :
* (P) vicieux
* SFA → mort de W
* complication traumatique

post partum = Néonatologie :
- oligoamnios = hypoplasie pulmonaire
- cpl prématurité = hypo (T°, gly, Ca++)
  détresse respiratoire
  ictère
  infection néonatale
  entérocolite ulcéro nécrosante
  hypertonie veineuse

au long cours :
- IMC
- séquelles neurologiques

3 - CAT = MEC

il s'agit d'une HTA gravidique mêmes récidivante avec bon Pc maternel mais Pc fœtal est réservé

les objectifs : * surveillance MF
* dépistage des cpl MF
* déterminer le moment et les modalités de l'Acc

1 - hospitalisation et mise en condition : dans une maternité adaptée à l'AG

- Repos en DLG + bas de contention
- hydratation nale correcte
- Régime alimentaire normocalorique et hyperprotidique
- Bilan complet
- consultation d'anesthésie

2 évaluer le retentissement Maternel et fœtal

→ Maternelle = clinique = cycle TA
signes Neurosensoriel
signes de gravité MEE
poids quotidien
HU toute les 3 mois
diurèse BU

Bilan de retentissement : FO, ECG, écho abd

Biologie = Rénale = urée, créat, clairance des urines ECBU
hépatique = ASAT, ALAT, BT etc
Hémostase : TP - TCA - fibrinogène
FNS = Hb, Ht plaquette
Groupage - RAI
prot des 24h +++

Surveillance = diurèse, poids, BU 12h
Bilan : Acidique rénal 1x/mois
Crase sg 1x/mois
MTR, souplesse utérine, cohrat cutanéo muqueux

→ fœtale = clinique = HU = chaque VG
Compte MAF
consultation GCF

paraclinique = - ERCF exij
- échographie fœtale : toutes les 4 mois = croissance pondérale
poids fœtal : doppler, mvmts
dépistage des signes de gravité
- Acidique

corticothérapie néonatale avant 34 SA pour la maturation pulm

surveillance si doppler ombilical N → écho 2 à 3 semaines
si doppler ombilical anormal mais diastole présente → toutes les semaines
si " " " diastole nulle → extraction
Reverse flow

③ Evolution

Favorable

- HTA bien équilibrée sans retentissement fœtal ou acceptable et que sa cinétique intéressante à gagner
  - ▷ on décide de terminer la grossesse 36 - 37 SA car le pc fœtal rénal
* Mode d'Acc dépendra des indications obstétricales : Bon bishop
  ⑤ eutocique
  bonne évolut° mobile fœtal
* pdt le W : surveillance TA
  ERCF
  Bon partogramme
* en dehors de dystocie dynamique ou SF avec bonne évolutivité
  ⇒ la voie basse est prév. Règle
* en cas d'incidents : voie haute

défavorable :

par * HTA instable malgré un Trt
* Retentissement fœtal = [arrêt de la progression de la courbe de croissance / SF
* Hellp Syd, HRP
* Signes de mauvaise tolérance

⇒ césarienne prec sauvetage M-f

④ - dans le post partum :

MEC Nné : réchauffé - oxygéné
désobstrué - suré
bilan effectué :
peser si poids < 2g = mise en couveuse + Apport nutritionnel partiel
> 2g = confié à la même avec alimentat° mixte
avec éviter l'hypoglycémie

MEC de la patiente :

Immédiat 1 - continuer la surveillance car risque de cpl notamment l'éclampsie
2 - Trt antihypertenseur adapté selon les chiffres T°
3 - lutter contre le risque thromboembolique : lever précoce - HBPM
4 - ATB + Trt martial
5 - allaitement encouragé
6 - contraception = microprogestatif relais après par oestroprogestatif après normalisat° de la TA et bilan clinique correct
7 - Anti D si RhD

à distance :
- acheter en consultat° de contrôle
- si persistance de TA + prot : avis spécialisé Néphro + Kiné
- si pré E précoce < 32 SA : bilan cpl + thrombophilie
- Cause ultérieure : Aspegic 100 mg/j dès Tn arrêt 32 SA
  échappée ultérieure à 12 SA
  surveillance TA

Calculer HU :

Entre : 4ème et 7ème mois : on x par 4 le nbre de mois

8ème - 9ème mois : (terme au mois x 4) - 2 mm

4 mois : 4 x 4 = 16 cm

5 mois : 4 x 5 = 20 cm

6ème mois : 4 x 6 = 24 cm [24 - 28 ?]

7ème mois : 4 x 7 = 28 cm [28 - 32 ?]

8ème mois : [8 x 4] - 2 : 30 cm

9ème mois : [9 x 4] - 2 = 32 cm

RPM

Dr Hadjer Ayad

au total : Gestante agée de 30 ans nullipare et demeurant à Alger enseignante de profession, de groupe sg A+, sans ATCD particuliers adressée dans notre service par SMUR d'une écoulement vaginal clair sur Grossesse de 32 SA

→ c'est une GHR materno-fœtale qui nous pose un PROB dg, PC, CAT

→ **dg** problème

1- dg de **Rupture d'une poche amniotique** (écoulement unique, la manœuvre de mobilisation du fœtus ne provoque pas d'écoulement)

2- **hydrorrhée déciduale** : écoulement rosâtre

3- **incontinence urinaire** : éliminée

4- **leucorrhée abondante** : éliminée

le dg de RPM est fait probable par l'apparition d'un **écoulement franc chaud** spontané et par confirmé le dg : test de cristallisation et dosage IGFBP1

+ **examen clinique** +++ • SPC :
• TV : des gants stériles, toucher ①

→ dg étiologique :

① * **causes maternelles** * cervico-utérine
malformation utérine (congénitale / acquise) = utérus réfugié à l'écho
BCI (absence ATCD ABRT)

* causes générales : = infection : T°, salpingites, ECBP, ECBV

* " - Traumatiques : amniocentèse, amnioscopie, chute

② * **causes ovulaires** : - Grossesse multiple = à éliminer écho précoce
- hydramnios = écho
- Gros enfant = biométrie à l'écho
- PP : à l'écho

③ * idiopathique

→ problème pronostic

Maternel :

pd la Grossesse : Risque **infectieux** **chorioamniotite**

pd le travail : - Risque **infectieux**
- Risque **hémorragique**
- **dystocie dynamique**

dans le post partum : - infection : **endométrite**, choc septique
- hygiène de la délivrance

fœtal

Grossesse : - **prématurité**
- **RCIU**
- **SFC**
- **MIU**

Travail : - risque infectieux **SFA** - mortalité
- **mécanisme du cordon**
- ② **dystocique**
- **traumatisme obstétrical**

post partum : - infection - hypothermie - SDRA
- mise en réanimation - transfert - mort

→ problème de MAT

Bilan maternel
- hospitalisation
- Repos au lit non strict
- Règles d'hygiènes (garnitures propres)
- évite les TV, écho endovaginale : Recherche un HAP
- Bilan : FNS, TP-TCK - CRP - glyc - urée - créat - ionogr - serologies
  ECBU
  ECB des pentes
  hémoculture si fièvre ou frisson
- Tocolyse pdt 48h : si RPM < 34SA en l'absence de signe de chrioamnionite + ω⊕
- Antibiothérapie : prévention infectieuse néonatale inj 12mg de Bétamètasone à renouveler après 24h
- Antibiothérapie : Amoxicilline ou C3G 1g/8h si allergie Macrolide orale 7jours

Bilan fœtal : HAF - BCF
échographie : quantité du LA, Mouvements, poids - placenta
ERCF
Acoustique

* Surveillance :

Maternelle : clinique : pouls, TA, T° (toutes les 6h)
ω, HTR, LA : odeur, aspect
paraclinique : ECG, ionogramme hépatique
FNS
CRP toutes les 48h

Fœtal :
clinique : HAF, BCF - HU
écho :
ERCF

* Conduite obstétricale :

- on préconise une surveillance mater-no-fœtale jusqu'à 36-37SA en l'absence de complication
- voie basse : sera admise en l'absence de CI
  Bon bishop : déclenchement ARM ERCF
  bishop défavorable : maturation cervicale puis déclenchement
- si un élément péjoratif apparaît durant la surveillance : signes de chrioamnionite T° ≥ 38° - ω⊕ - CRP⊕ - hyperleucocytose - tachycardie fœtale - liquide verdâtre
  → interrompre la GSS sans attendre soit déclenchement ou césarienne selon (l'AG), (P), (conditions locales)

* dans le post partum

1 - prévention de l'hgie de la délivrance par une délivrance dirigée par ocyt inj stricte en IV + inj de O2 emp de Methergin en IM

2 - Revoir utérine si dvlé

3 - Suture rapide de l'épisiotomie

4 - exam du délivre

5 → Antibiothérapie

6 → prévention risque thromboembolique par lever précoce si FR : HBPM

7 → prévent de l'allo-immun si ♀ Rh ⊖ par inj. Anti D des 72h

8 → allaitement autorisé et conseillé

9 → Surveillance pouls, TA, T°, GAS, lochies

10 → contraception microprogestative pdt 03 mois puis relais DIU ou COP

11 → Traitement ultérieur de l'étiologie

* PEC du NNé :

- Le cuflier au nématologue
- désobstruct° naso-lacrym
- Rechanges
- Lutte contre l'hypogal : alimentation précoce
- ex général complet surtout si RPM précoce à la recherche d'anomalies
- relevé des différentes orifices
- relevé des cordons FNS, glycémie
- bilan infectieux CRP - FNS

cas clinique

Fièvre

Dr Hadjer Ayad

au total : il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans, G_2 P_2 (2EV + IVG) qui consulte à notre niveau pour **fièvre à 39°C** sur Gest de **32 SA** avec ATCD d'une infect° urinaire à E.coli au T1 traitée par chimio ATB

notre patiente nous présente un pb : dg. positif ; dg. étiologique

* dg étiologique :

- on commence par l'interrogatoire et l'examen clinique qui vont nous permettre d'orienter notre dg étiologique ainsi que le retentissement M-F.

→ **Interrogatoire** : Recherche :

* ATCD médicaux : infection urinaire
* ATCD chirurg : appendicectomie
* La profession, son lieu de résidence
* Ses habitudes alimentaires : consommat° de viande, lait cru
* Suivi de Gest : biologie, sérologies : toxo ..., vaccination
* notion de voyage : paludisme, contage infectieux
* caractéristiques de la fièvre : mode de début, date, évolution
* signes associés : digestifs, pulmonaires, ORL, urinaires, digestifs, cutanés, HTIC, RPM, hémorragie

→ **L'examen clinique** :

* T° rectale, TA, BU
* ex clinique régulière par région
  - ictère au niv des conjonctives
  - infect° urinaire : douleur - pollakiurie, douleur lombaire
  - infect° pulmonaire, ORL : toux, expectorat°, auscultat° pulmonaire, ex gorge
    auscultation cardiaque
  - sur le plan digestif : nausées, vomissements, trouble du transit, douleur FID, hypochondre droit
  - Recherche une éruption cutanée
  - exam toutes les aires ganglionnaires
  - exam recherche veines superficielles

- Examen gynécologique :

  - exam sein : aspect inflammatoire
  - palpation utérine : douleur, contracture, MAP
  - ex au spec : écoulement : LA : aspect, odeur, leucorrhée
  - TV : si modification cervicale : MAP
  - endocol° SCF

* au terme de l'ensemble des données de l'interrogatoire et de l'ex clinique on constate que : l'ex clinique est normale aucune cause identifiable sur le plan obstétrical : GEU évolutive sans aucun signe de MAP ni RPM

* notre patiente présente une fièvre à 39°C avec dans l'élément clinique donc nous orientons notre diag probablement vers une infection maternelle secondaire à une listériose cependant sans oublier l'HCA infectieuse le sont les 02 diag que nous retenons en priorité

CAT :

PSK évoquer dans notre dg nous devons faire un certain nbre d'exam complémentaire

Biologie : NFS, CRP, bilan hépatique, ionogramme
ECBU
prélevt vaginal
Hémoculture : si fièvre ou frisson à la recherche de listeria Monocytogènes

imagerie : * échographie obstétricale : oligoamnios : RPM, rien exclu fœtal
* échographie rénale : pyélonéphrite ou obstacle
* échographie abdo : cholécystite - appendicite

Bilan fœtal : ERCF + TOCO

Pronostic :

Maternel :

- Listériose : infect° banale chez la femme enceinte mais risque d'atteinte de l'état général par
  - * Sd grippal
  - * Méningite
  - * urinaire
  - * digestif

Fœtal

- Accouchement fœtale
- Choriamnionite
- MIU
- Listériose néonatale :
  - * méningo-encéphalite
  - * Septicémie

PEC :

1- Antibiothérapie en IV Amoxicilline 1g/8h après ECBU, hémoculture en attendant les résultats bactériologique Relais per os après 48h, d'emblée

Si Listériose confirmée : Amoxicilline 6g/j pdt 4 semaines
Gentamycine 3mg/kg/j pdt 5j

si allergie = érythromycine

si infection urinaire : traiter selon Antibio

2- Réhydratation per os NIV

3- Tocolyse si CU ⊕ pdt 48h

4- paracétamol 1g 4x/j si fièvre

5- surveillance clinique et biologique jusqu'à la fin de GEU en l'absence de CPL

* clinique : disparition de la fièvre, amélioration de l'état général
  absence de MAP
* Biologie : FNS, CRP, ECBU

6- Accouchement à terme par VB si pas de CI obstétricale

dans le post partum :

Mère :
* Risque d'hge de la délivrance : prévent° délivr dirigée par ocyt + surveillance
* Risque thromboembolique : lever précoce HBPM
* Risque d'endométrite = ATB
* Trt martial si anémie
* prévent° allo-immun° si ♀ Rh ⊖ par inj Anti D
* allaitt autorisé
* contracep° microprogestatif

Nné :
* divers prélevt : gastrique, nasal, cutané
* hémoculture
* CRP - NFS
* ponct° lombaire en cas de signe méningé

- envoyer le placenta pour étude anatomopathologique et bactériologique
  → abcès cérébral
- prélevt des lochies pour étude bactériologique

CC = l'auscultation du cœur de notre patiente doit s'attacher à rechercher une éventuelle atteinte afin d'assurer un trt adéquat pour préserver le pronostic

ictère

Dr Hadji Ayad

au total :

patiente agée de 29 ans, G3 P1 Grse de 37SA qui présente des douleurs gastriques associées à des vomissements avec apparition d'un ictère, notre patiente est hospitalisée pour PEC

Pose un problème dg - pc - AT

diagnostic étiologique :

tout d'abord procéder à un interrogatoire et un ex clinique

→ **interrogatoire :**

* ATCD (F) : pathologie identique
* ATCD (P)
  - digestifs - infectieux
  - Déroulement de la Grse : DDR - écho précoce - bilan biologique satisfaisant
    l'importance des triples supplémentaire
    TT médical
  - mode d'installation des tbs : rapide, progressif, depuis quand
  - type de vomissement : biliaires - alimentaires
  - signes associés = tbs chez patient - fièvre - prurit - signes urinaires (lithiase)
  - prise médicamenteuse
  - obstétricaux : CU, MTR, MAF
* notre patiente rapporte la notion d'un prurit de faible intensité

→ **exam clinique :**

* ex digestif : à la recherche ~~cholécystite~~ gastrite pancréatite
* ex urinaire : à la recherche d'une lithiase urinaire
* on constate : ictère cutané muqueux survenant quelques jours après les vomissements (phase préictérique)
* OMI
* les circonstances hémodynamiques nulles
* ex obst = utérus âgé axe longitudinal de 30 cm de HU, MAF (+) BCF (+)
  TV = col court + dilaté

- au total: on doit discuter le dg étiologique de cet ictère d'installat° brutale précédé d'une phase prè ictérique survenant au T3

- l'étude des ATCD et ex clinique nous permettant d'éliminer dans un 1er tps

→ une urgence chirurgicale : cholécystite - pancréatite

→ Les pathologies propres au T3 avec ictère

1. soit tableau de cholestase gravidique : prurit intense généralisé, ictère rare
2. HELLP Syd : moins probable survenant le + souvent dans un contexte de prè E sévère, ictère rare cependant OMI ⊕
3. SHAG - le dg le ⊕ probable

on doit compléter notre démarche dg par des exams complémentaires

* le 1er exa complémentaire à motiver dispositif en faveur d'une Stéatose hépatique
  - hyperleucocytose ↙
  - hypoglycémie ↙
  - hyperbilirubine ↙
- Recherche cytolyse : ASAT, ALAT, LDH, phosphatase alcaline
- Recherche des tp : TNC : TP, facteur V, fibrino, thrombopénie
- Recherche IRF : urée, créat
- une échographie abdo : Foie hyperéchogène
- TDM abdo : densité hépatique ↙ celle rate
- la confirmation dg restera PBF geste invasif

Pronostic :

Mère : immédiat : pronostic vital est en jeu
extract° fœtal en urgence (Mortalité 9%)
après l'acc : risque hgie, IRA
tenir de cause si insuffisance hépatique

Fœtal :
mise en jeu en cas d'une MAV avant l'extract°

CAT :

- corriger l'hypoglycémie
- évaluer le bien être foetal : ERCF + Toco
  écho obstétricale
  => par la déclaration de la voie d'accouchement
- en raison des troubles de la coagulation associés à cette pathologie il est préférable de proposer une AG par voie basse en dehors de toute CI vu que la store de Bishop favorable
- Déclenchement artificiel ARN couvert d'une correct° de trouble de la coagulation° : perfusion PFC, pilotage
- césarienne si signe de gravité maternelle, SFA

Post partum :

surveillance rapprochée maternelle car risque de l'hypothèse de diabète et mise en route insuline si besoin

GEU

Dr Hadjer Ayad

au total = il s'agit d'une patiente âgée de 38 ans, G2 P0 (1EV) sans tares médicales césarisée il y a 10 mois qui consulte pour MTR sur **cicatrice** de OBST chez l'ex retrouve une patiente en RTU, sensibilité de FID, l'histoire endoutérine du dernier avec utérus plus petit que l'âge supposé de 6SA, CDS était sensible

→ Cette patiente pose un problème : **diag + CAT + Pc**

→ **"Diagnostic étiologique"**

on discute les étiologies de MTR associée à une douleur

→ **cause Non gravidique** :

1* cause médicale : hémopathie : anémie Whitebrand, TCA de coagulation
mise méd : antalgiques ⇒ rapidement éliminés devant l'absence ATCD + l'ex clin ne retrouve pas de stigmates hépatiques ictère cytolyse

Salpingite aigue - endométrite - pyélonéphrite : sont éliminés devant l'absence de fièvre, signe urinaire → ECBU

2* cause chirurgicale = appendicite aigue
- Torsion d'annexe ou kyste ovarien
- Rupture d'un kyste
- GPL d'un fibrome

Sont évoquées mais ⇒ éliminée devant l'absence de symptômes

→ **cause gravidique** ++ la + probable devant :

1 * absence de contraception chez une ♀ en activité génitale
2 * notion d'aménorrhée avec cycle auparavant régulier
3 * signes subjectifs ⊕
4 * signes d'imprégnation gravidique mais subjectifs

→ Taux de BHCG plasmatique sera demandé ++

nos discutons :

* **ABRI** précoce : devant : l'aménorrhée + MTR + douleurs pelviennes + col fermé
mais éliminé devant l'absence de notion d'exposition de matériel contraceptif et MTR de petite abondance

* **GEU jeune** : NFS ou patte [ROC, ROM] : anémie, évoquée mais signe plaidant contre ce dg = le volume de l'utérus ⇒ écho endovaginale ++

* **GEU ancienne** : suspecter devant une MTR de nature mais peu probable devant
absence d'exagération de signes subjectifs
pas de signe dysgravidie ou dysthyroïdie
un volume utérin + petit que AG

* GEU = +++ le dg le + probable devant

* anecdotique de OBSA chez ♀ en âge de procréer sans contracept°
* sensibilité au niv FID
* MTR noirâtre de petite abondance avec utérus plus petit que AG
* sensibilité CDS droit

Pour cela : un taux de βHCG est demandé + écho pelvienne / leucocytose ++

→ * βHCG revenu = 3616 UI/l
→ * Écho pelvienne: masse latéro utérine de 3x1,3cm juxtaposée à l'ovaire
absence d'épanchement
→ * écho endov= confirme : utérus vide
MLU
petit épanchement des culs-de-sac

En total: patiente âgée de 38 ans, G2 P0 (1EV), sans tares qui consulte pour MTR sur anecdotique de OBSA chez qui la clinique faisant suspecter une GEU ainsi le couple βHCG + écho sont en faveur du dg très probable tubaire (hématosalpinx non rompu)

2) CAT =

1- hospitalisation en urgence
2- Voie d'abord et mise en condit°
3- Bilan biologique : FNS, Groupage - GR - RAI
4- instaurer une fiche de surveillance = courbe de TA, état général, poids
T°- MTR (quantité) des abd
signes d'irritation péritonéale

→ choix de méthode thérapeutique :

1) Trt chirurgical = Laparotomie reste conservateur vu l'âge < 40 ans, paucipareté désir GPE. ♀ avec instabilité hémodynamique CI à la cœlio

2) Laparoscopie : cœlio dig + thérapeutique +++
. on explore la cavité abd + aspiration hémopéritoine
le trompe gauche + controlatérale
les ovaires + utérus + si adhérences
→ GEU non rompue = expression tubaire pour faire un ATCD tubo abd
Salpingotomie avec évacuation de trophoblaste
→ GEU rompue = Salpingectomie directe / rétrograde
: pièce envoyée à l'anapath

3/ Tt Medical : Methotrexate 1 mg/kg

facile permettant de réduire la durée ⊕

→ indicat° = si score de Fernandez < 13

4/ Abstention therapeutique = discutée mais n'a pas de place :

- persistance de dlr
- Tx BHCG > 3000
- masse > 03cm ∅

si dernier dg BHCG 1648

⚠ pour choisir la méthode - "score de Fernandez"

- terme actuel = 4g → 1
- BHCG < 5000 → 2
- progestérone → Nu faible 3 ⇒ 12 / Nu connu
- dlr spontanée (3)
- hématosalpinx > 03cm 3
- hyperthermie ⊖ 00

Score < 13 ⇒ on opte pour un tt Médical rang en IM

3/ - pronostic :

immédiat = état général conservé
absence de tare

mais risque = cpl = état de choc
cpl infectieuse
cpl métabolique

long cours = . infertilité = aspect de la trompe entre forme bordée age 3 ans (> 3 ans ⇒ fertilité)

. Récidive

. dlr pelvien chronique

→ HSG sera demandée après 03 mois pour vérifier la perméabilité tubaire gauche dans le cadre d'infertilité.

→ patiente mise sous oestroprogestatif minicléx ++

+++

Surveillance du Tt Médical : effet sec

- dosage BHCG : J4 - J7 - 1x/semaine
- 2me inj. MTX indiquée si J4 : R ≥ 10
  J7 : R ≥ 15
  J11 : R < 25

$R = \frac{tx\ hCG\ J7 - tx\ hCG\ J0}{tx\ HCG\ J0} \times 100$

Score de Fernandez

	1	2	3
Terme jours aménorrhée	>49	42-49j	<42j
Taux BHCG	≤ 1000	1000-5000	>5000
progestéronémie	≤ 5 ng/ml	5-10	>10, Non connu
Douleur	absente	provoquée	spontanée
hématosalpinx	≤ 1cm	1-3cm	>3cm
hémopéritoine	0	1-100 ml	>100 ml

Grossesse Molaire

il s'agit d'une patiente agée de 32 ans, G2P1 sans ATCD qui consulte pour des MTR sur cicatrice de CSA avec à l'examen clinique retrouve un utérus augmenté de volume par rapport à l'AM, motif retenu - utérus cette patiente pose un problème: dlg, PEC, Pc

* sur le plan diagnostic:

-> le dlg ⊕ des MTR ne se pose pas devant l'origine endocrinienne mais éliminons rapidement: une hématurie, rectorragie par l'ex clin

--> le dlg etiologique:

- causes extra génitales: hémopathies: mal. Willebrand, Tab coagulat°
  mise médicamenteuse: AINS, anticoagulants
  insuff hépatique, insuff rénale
  Sont éliminées par l'interrogatoire et l'ex clin, ATCD

- causes génitales:

→ Non gravidique: * vulvovaginale: infect°, traumatisme: ex GU
* cervicale: polype, Tm: ex GU → FCV
* utérine: Myome
  adénomyose
  hyperplasie endométriale
  polype
  Sarcome
* annexielle: salpingite
  kc de la trompe
  Tm ovaire sécrétante

→ gravidique +++ semble le + probable
* Grosse MIG avortée: peu probable devant hCG ↑, pas d'utérus
* MIRT en cours peu probable: echo Nu en faveur
* Kyste du corps jaune: NLV
* GEU: TTIR + cicatrice: peu probable FDR ⊖, BHCG trop ↑
  echo Nu en faveur
* Grosse molaire: le dlg + probable = pas d'utérus qui saigne
  MTR, utérus ↑ taille, BHCG ↑↑
  Col: pas de MIG visible

au total : nous sommes devant une patiente qui présente un fibrome utérin qui saigne avec HLU probablement en rapport avec cette maladie associée à des kystes ovariques qui nous pose un problème de MEC et de PC

CAT :

1- hospitalisation et mise en condit°
- service de gynéco
- voie veineuse périphérique
- bilan complet pré op : FNS, TP, TCK, groupe, RAI, gly
  pré thérapeutique (CTX) : ECG, ionogramme, hépatique
- consultat° pré anesthésie
- mise en réserve de culots globulaires

2- PEC étiologique :
- complète notre interrogatoire : FDR, ATCD, obstétrical
- complète l'ex clinique : palpat° : utérus fibromateux
  ex spec : col violacé sous MTR endocervicite
  TV : col mou, utérus fibromateux, kystes ovariens
- demande un autre tx BHCG : 4A
- écho pelvienne et endovaginale à la recherche :
  * image intra utérine hétérogène en faveur de reliquat
    ou mole d'aboiller, appeler
  * utérus fibromateux volumineux
  * kystes ovariques

3- MEC : évacuation utérine en urgence

voie : basse : volume utérin < 14 sem de GEST, MTR petite abondance
haute : volume utérin géant, MTR grande abondance

geste : curetage aspiratif sous échoguidée sous perfusion de Syntho
- sous AA, AG, position gynécologique, TVP
- Mise en place spec, antisepsie du col puis pose pinces
- dilatat° du col pour les bougies si nécessaire
- hystéromètrie
- curetage aspiratif de toutes les faces utérines évacuat° (cyto sphinx)

- curetage peut être complété par la curette
- nodule arrogée à l'examen
- pas certain écho à J45 si Rétent° à 17mm ⇒ à curetage

post op :
- ATB
- Sein anti D si ϕ Rh ⊖
- Lever précoce
- Contracept° naturelle : progestatif puis OP

4) Surveillance des suites molaires :

* Cliniques : • accrochage du doigt
• involut° utérine
• disparit° des kystes en cas de sarcine
• Recherche des métastases vaginales

* Biologiques : β HCG 1x / semaine jusqu'à négativat° puis 3 fois successifs
puis 1x / mois pd 6 mois si môle partielle
12 mois si môle complète

* Radiologique : écho endovaginale 15j après le curetage à la recherche d'un utérus molaire
↳ volume utérin, Recherche une localisat° myométriale

5) Évolution :

Favorable : Clinique : RAS
Biologie : - décroissance régressive des tx hCG
- négativat° hCG au bout de 8 - 12 semaines
- 3 tx successifs négatifs
→ Contrôle de surveillance avec contracept° efficace

Défavorable : Clinique :
- persistance ou reprise de MTR
- involut° utérine
- apparit° métastases pulmonaires, vaginales

Biologique :
- Stagnat° tx hCG après ↳ initiale sur courbe
- Réascension des tx
- persistance hCG après 12 sem.

Ectographie : image myométriale
+ doppler

→ soit **résidu molaire** : curetage + cryothérapie
si échec : défaveur chimiothérapie

→ soit **maladie trophoblastique persistante** : Molécurage choriok
* contre indication utérine
* image hétérogène myométriale doppler +
* épanchement intra péritonéal

→ **MTP** : Bilan d'extension + bilan pré chimiothérapie

Clig : Recherche des métastases vaginales

R+ : TDM thoracique
TDM abd
IRM pelvienne
IRM cérébrale si signe d'appel

- score pronostique FIGO
- Bilan pré chimio : MTX : bilan rénal, hépatique, ionogramme
  Recherche une CI au MTX
  BHCG initial de référence

→ Score ≤ 6 faible risque → Monochimiothérapie

MTX : 1mg/kg : J1 J3 J5 J7
Ac folique 0,1mg/kg : J2 J4 J6 J8
cure suivante à J14
cure à répéter chaque 14j jusqu'à ⊖ (BHCG / sérique)
+ 02 cures de consolidation
si résistance au MTX : BHCG < 100 → Actinomycine D
> 100 → polychimio

→ Score ≥ 7 risque élevé → polychimiothérapie EMACO
si résistance : sel de platine

Surveillance post chimio :

1 x semaine pdt 2 mois après arrêt chimio
1 x semaine suivie 2 mois
1 x mois pdt 12 mois si faible risque
18 mois si risque élevé

Pronostic :

immédiat : en fonct° : l'importance de saignement
tares associées

elle risque : cpl hémorragique
infectieuse
thromboembolique
AC
vétusté : défaill°

ultérieur : dépend des suites molaires

risque : Tumeur persistante gestationnelle
Récidive

Môle gestationnelle persistante = choriocarcinome

Dr Hadjer Ayad

Motif : il s'agit de la patiente âgée de 31 ans G1P1 (1+0+1+1) qui présente des métrorragies évoluant depuis 1an après un Acc molaire d'une GEU môle ôtée, c'est lors de la survenue d'une douleur basithoracique que la patiente a consulté d'où son hospitalisation

→ **interrogatoire** :

* ATCD médicaux (P) - (F) : pas de notion de contage tuberculeux
  pas de pathologie infectieuse ni pulmonaire
* ATCD obstétricaux : {Antécédent de la GEU môle
  Acc à terme eutocique
  Suite post partum: favorable
* ATCD gynécologique : - préciser la caractère du cycle : ménorragie
* ATCD dig : trb du transit : diarrhée
* ATCD pul : hémoptysie
* signes associés : fièvre

→ **l'examen clinique** :

* amaigrissement, Asthénie, mauvaise mine, tremblement des extrémités, sudation
* pas d'ictère
* pas d'adénopathie TA = normale
* pas de fièvre
* ex sphère ORL : AV , pas de volumineux hypoïdien
* ex pulm : matité à droite +++
* ex Rein : recherche une douleur des fosses lombaires
* ex dig : HPM ? masse abdominale
* ex Neurologique complet
* ex des aires GG
* ex gynécologique : ex spéculaire : saignement d'origine utérine
  TV : utérus légèrement augmenté de volume ramollie sensible à la mobilisation

→ - Exam complémentaire

* FNS : anémie 8,8 g/dl , GB correcte
* Tdm TAP scanner : masse tumorale latérale de 8cm
* Écho : utérus à volumineux léiomyome
* Bilan hydroélectrolytique : en faveur d'une hyperhydroélectrolytémie
* BHCG : 144 000 UI/l

- Cette patiente présente un mot dig et MEC

dg étiologique : → des saignements

* cause générale : allo des facteurs de coagulation
* cause infectieuse : tuberculose génitale
* cause gynéco. : polype. fibrome endo-utérin, Tm vaginale
* cause gravidique :
  - Avortement
  - Tm du lit de l'implantation placentaire
  - môle hydatiforme

→ devant les signes vitaux

* cause infectieuse tuberculeuse ou autre pathologie
* cause tumorale primitive ou sec métastatique

→ On doit matériel certains nbre d'exam complémentaires réalisés pour faciliter

- Échographie pelvienne + doppler
- Tdm TAP + scanner thoracique
- biologie : bilan hydroélectrolytique
  BHCG

Au terme de ces exams notre dig est orienté vers une maladie trophoblastique gestationnelle métastatique type choriocarcinome

On doit compléter les investigations par un bilan d'extension par classification FIGO et à la recherche d'autre localisation en faisant 02 urétéroscanographies (diffusionnelles)

- Bilan d'extension : Scanner abdominal : foie, rate, rein
IRM cérébrale
ex clinique du vagin : villosité greffée

CAT thérapeutique :

- notre patiente est scorée à 1 selon FIGO en raison
survenue après Gffe > 12 mois
tx BHCG > 10000 UI
- il s'agit donc d'un mauvais pc
→ correction de l'état général
→ polychimiothérapie selon protocole APE tous les 28 j jusqu'à négativation
→ sur le plan chirurgical : proposer une hystérectomie si
HSI si résistance au trt (à discuter plutôt
d'une Tm du site implantation)
→ contraception efficace : durant toute la durée du trt et 1 an après
l'arrêt du trt

Pronostic

immédiat : en fct de la MEC de l'AEG et l'instauration chimio
qui sera agressive
lointain : en fct de la réponse à la chimio, tx guérison estimé à 80 %

Oligoamnios

Dr Hadjer Ayad

au total : Gestante agée de 28 ans G1P0 Sans ATCD particuliers

admise aux urgences pour MEC d'une HU à terme dans le cadre de 32 SA

→ c'est une GHR maternofoetale qui nous pose un pb: dg - pc - CAT

* problème dg :

- le dg de l'AG ne se pose pas devant : DDR précise et écho précoce
- éliminer : * erreur de terme : DDR - écho précoce
  * HIU : HAP, BCF
  * RCIU : Prématurités < P_{10}
  * RPM : absence d'écoulement vaginal

le dg de l'oligoamnios est retenu devant une échographie retrouvant une citerne < 2 cm ou index amniotique < 5 cm

→ **dg étiologique**

causes maternelles : utérine : hypoplasie utérine

générale : infectieuse : T°, Sérologies: Rubéole, herpès, CMV

HTA

hypothyroïdie

iatrogène : AINS

Toxique : Tabac, drogue

causes ovulaires :

malform° foetale : * Agénésie rénale bilatérale
* Rein polykystique
* uropathie obstructive
* Sd prune belly

déposent du terme

Gsse mécanique bicamérale

RCIU

idiopathique

* problème pronostic

Maternel :

→ Gsse : bon

→ travail : - dystocie dynamique
- tx de césarienne ↗

→ post partu : - infection
- hgie de la délivrance (travail long)
- Accident thromboembolique

Fœtal : dépend de la date de survenue et/ou de l'existence malformat° ou pas

Gsse : - RCIU
- prématurité
- SFC
- MIU
- malformat° rares

travail : SFA, mortalité
⊕ dystocique
traumatisme obstétrical

post part : - SDRA
- hypoplasie pulm (inéca
- infection
- déformat° osseuses (SA
- hypocalcémie, hypogly

* problème OAT :

bilan maternel : - Hospitalisat°
- Repos non strict
- Bilan : FNS, TP, TCK, urée / créat - glycémie ion
sérologies : Toxo, Rubéole, Syphilis
ECBU
ECG des petites
hémoculture si fièvre
- Antibiothérapie : si oligoanhydramnios

bilan fœtal : - Acoustique
- écho : morphologie, biométrie, doppler, mvts
- MAF - BCF

* surveillance : Maternel
clin : pouls, TA, T°
CU - MIR

Fœtal :
clin : BCF - MAF - HU
paraclin : écho
doppler
Mvts
ERCF

Conduite obstétricale selon l'étiologie

1 - oligoamnio précoce série TdM VA → Pc létal
→ risque hypoplasie pulmonaire
allo appareil locomoteur

2 - Néphropathie bilatérale + oligoamnios + allo caryotype → proposer ITG

3 - uropathie obstructive → extract° fœtale après maturat° puis dérivat° urinaire

4 - agénésie, dysgénésie rénale → enquête familiale : écho rénale des parents + fratrie
→ conseil génétique

5 - RCIU : dépend du terme, l'estimat° du poids - doppler vasculaire

Pc favorable : amnioinfusion hebdomadaire ↓ risque d'hypoplasie pulm

Pc défavorable : ITG

dans le post partum :

- mesure de l'hgie de la délivrance
- ex du délivre
- mesure des accidents thromboemboliques : lever précoce, kiné
- si ♀ Rh ⊖ : inj Anti D
- allaitement conseillé
- surveillance : pouls TA, GUS, lochies
- entraîne minoposthe

PEC du Nné :

- le confier au néonatologue
- désobstruer - réchauffer
- exam minutieux recherche des malfor°
- mettre des ≠ sondes
- FNS - CRP - glycémie

CAS CLINIQUE

gynécologie

1-MTR post ménopausique

2-MTR péri- ménopausique

3-masse latero-utérine

4-masse latero-utérine et MTR

5-col

6-sein

7-prolapsus

8-infertilite -IGH

9-infertilite-SOPK

10-syndrome douloureux pelvien aigue

11-cas clinique DEMS 2020

Dr hadjer ayad

MTR post ménopausique

Dr Hadjer Ayad

patiente agée de 58 ans G4P4, diabetique, hypertendue, aux ATCDs d'HTA du sein dg il y a 2 ans, admise ds notre service pour PEC de MTR post ménopausique

→ pose multiples problèmes: diagnostic - CAT - pronostic

I → dg etiologique :

*1 cause extra genitale :

* iatrogène = "mise médicamenteuse" : antibiotique, anticoagulant, antiagrégant AINS
* Hépatique, Rénale, hemopathie

Sont à eliminer devant l'absence de signes fct et l'absence de tares mais on demande un bilan biologique: hépatique et rénal

*1 cause génitale = la dg le + probable

A- cause vulvo-vaginale: traumatique, Tm, à eliminer devant l'examen clinique
→ infect° = vaginite
→ cancer = vagin, vulve

[si ♀ périménopause: Traitement]

B- cause cervicale:
→ infectieuse: si sd infectieux T°38 mais n'explique pas MTR
→ polype-endocervicose
→ cancer du col: à évoquer devant MTR → FCV + colpo

C- cause utérine:
→ pathologie infectieuse
→ " bénigne
→ " maligne

1*) endométrite: à évoquer devant sd infectieux 38°
leucorrhée jaunâtre + douleurs à la mobilisation de l'utérus
→ demander un prélèvement des pertes, FNS, CRP

2*) Tuberculose: IDR à la tuberculine

3*) hyperplasie de l'endomètre: dg probable devant MTR + endomètre épais
Atrophie = éliminée à l'écho
→ curetage biopsique sous HSC après échec traitement médical

4*) sarcome: peu probable devant RCU intime, écho: pas d'image myométriale, pas de signes fibro

5*) cancer de l'endomètre: le dg le + probable devant
FDR: diabète, HTA (limite 15/9) mise en ATCD de sein dg il y a 2 ans, fibrome à âge - Ménarche précoce - ménopause tardive

D- cause annexielle:

- Tm ovarienne sécrétante: dg peu probable devant l'absence de notion de signe d'imprégnation oestrogénique mais on demande dosage marqueur Tumoral + Tx E_2 Rapport $\frac{E1}{E2}$ ↑
- Kc Tompe: peu probable devant l'absence FDR = multipare pas d'infertilité

[♀ périménopause endométrite sarcome MTR]

au total = patiente âgée de 77 ans G4P4 diabétique, hypertendue

qui présente probablement une pathologie endométriale = cancer de l'endomètre (infecté et pas) dont le dg de certitude reste à confirmer par l'anapath (CB* si récurrente)

Cependant on ne peut éliminer un Kc du col d'où la nécessité de FCV

2) - CAT =

notre CAT sera la suivante:

1) - echoendovaginale, hystérosonographie
2) - FCV + bilan endométrial
3) - HSG (image marécageuse) abondante
4) - curetage biopsique étagé sous HSC sera pratiqué B* dirigée

après: → Bilan préop = FNS, Groupage, Tele thx, ECG
→ Consultation pré anesthésique

HSC = { fonction végétante saigne au contact, évaluer topographie si extension au col

- le "curetage" sera réalisé sous AG avec dilatateur préalable aux bougies de Hegar, le 1er prélèvement se portera sur l'endocol
2ème prélèvement sur la cavité utérine en insistant sur la 3ème suspecte à HSC

- le produit de curetage sera adressé à l'anapath

si hyperplasie simple avec atypie de l'endomètre ⇒ hystérectomie totale + annexectomie bilatérale + lymphadénectomie pelvienne ++

si Kc de l'endomètre =

1- faire un bilan d'extension: * TLT
* IRM pelvienne
* Eco abd ± TDM
* CIVD
* cystoscopie
* Rectoscopie si signe d'appel
* mammographie
* ca 125 si atteinte rénale

95% = Tm épithéliale = ADK
type 1: ADK endométrioïde 80% → grade +++
type 2 = ADK séreux
ADK à cellules claires: 5% mauvais pc

Tm mésenchymateuse: Sarcome

2- Tt chirurgical: selon classif FIGO:
hystérectomie totale + annexectomie bilatérale + curetage
Radiothérapie externe + curiethérapie
si atteinte du col → CIVETZ

Surveillance:
- postop: état général, constantes vitales: TA, T°, - FNS, Eco rein
- ultérieure: examen tous les 6 mois, cytologie FCV / an

3) - pronostic:

immédiat = bon si état général conservé, hémorragie minime, Tare cardiaque mais risque: aggravation hémorragie, OPL liée AG, accident opératoire, thromboembolique, perforation rectale

au lointain: selon les résultats de l'anapath

Class FIGO 2009 — Kc endomètre

Stade I = Tm limitée au corps utérin ⇒ HST totale extra fasciale + annexectomie + curage gg
- I_A = limitée à l'endomètre : → pas de tt complémentaire
- I_B = ne dépasse pas 1/2 myomètre (50%) → curithérapie postop vaginale
- I_C = > 1/2 myomètre (>50%)

Stade II = extension au col
Tm envahit col sans extension extra utérine ⇒ CHEP + curithérapie vaginale / Radiothérapie externe

Stade III = extension locorégionale ⇒ CHEL + Radiothérapie externe / curithérapie
- III_A = atteinte séreuse + annexe
- III_B = Métastase vaginale
- III_C = métastase : gg pelviens + et/ou gg para-Ao

Stade IV = extension générale ⇒ Radiothérapie / curithérapie utéro-vaginale / chimio si EG permet
- IV_A = atteinte viscérale digestive : vessie, rectum
- IV_B = Métastase à distance

* Facteurs de mauvais pc :
- → âge = ♀ âgée indifférenciée ✗ avec âge
- → opérabilité = âge, obésité - HTA
- → histo = Tm moins différenciée
  - degré de pénétrat° du ½ myomètre
  - envahissant gg pelvien + lombo-Ao
- → autres = taille Tm, cytologie péritonéale ⊕, atteinte vaginale

FDR =
- Fx génétique : ATCD fx Kc de l'endomètre Lynch = Sd HNPCC (Kc colon, côlon, estomac, voie urinaire, vagin, ovaire) / ATCD fx : sd de Kc colique héréditaire sans polypose (Lynch / Broca)
- hormonaux : hyperœstrogénie +++
  - Nulliparité
  - puberté précoce, ménopause tardive
  - allongement cycle : anovulat° (SOPK)
  - obésité
  - THS
  - Tt Kc sein = Tamoxifène
- Généraux = Ménopause, HTA, diabète
- Iatrogène : irradiat° pelvienne, Tt : Tamoxifène

Clinique =

→ CDD = MTR post ménopausique : spontanée, isolée, intégrale
leucorrhée
dlr pelvienne = pesanteur
fortuite = Frottis si extension au col

→ interrogatoire = ATCD gx : Kc HNPCC = Lynch
ATCD gynéco - FDR
Signes généraux

→ ex clin =
Spc = NL, ± MTR, col ulcéré si stade II
vagin trophique
Tv = nl, gros utérus mou, état des paramètres
Fcv = extension au col
→ ex ganglionnaire
→ ex général = si anémie faire NFS
AEG
ex bilatéral des seins
ex : abdo : HPM, ascite

Si les résultats de curetage : Néo du col : → carcinome épidermoïde 80%
→ Adénocarcinome : 20% ADK in situ
type endométrioïde ou à cellules claires

→ Bilan d'extension :
- TV - TR
- cystoscopie
- Rectoscopie
- IRM abdo-pelvienne
- scanner
- Telethorax
- marqueurs Tx : SCC = Kc épidermoïde XX
CA 125 = Adénocarcinome

→ Tt selon la stadification FIGO 2009

Stade 0 = carcinome in situ
Stade I = limité au col → A1 = microinvasif ≤ 3mm = HSI totale simple
A2 = " 3-5mm = chEL
→ B = clin ≤ 4cm = Radiothérapie + chEL
B2 = > 4cm
Stade II = étendu au delà du col → A = extension vaginale
→ B - atteinte des paramètres
Stade III = étendu à la paroi pelvienne → = 1/3 inf vagin
→ hydronéphrose - Rein muet
Stade IV = étendu aux organes pelviens → A = vessie - Rectum
→ B - Métastases

+++ Radiothérapie - chimiothérapie concomitante

Stade I, II = Radiothérapie - conisation - chEL
Stade III, IV : Radiothérapie

MTR post ménopausique

Dr Hadjer Ayad

patiente agée de 60 ans, G7P7, ménopausée à l'âge de 52 ans, hypertendue diabétique qui consulte pour MTR post ménopausique (2 épisodes)

cette patiente présente un motif : dlg - clin - paraclin

*1 - on commence notre démarche dlg par l'interrogatoire et l'ex clinique

interrogatoire :

ATCD Gx : allo d'hémostase
Kc sein, endomètre, côlon
entorse TSK

ATCD (P) : Médico - chirurg - obst - gynéco
→ caractéristique du saignt : provoqué, spontané, abondant
→ signes associés : douleur, brûlure, TRB dig, cf. ~

ex clinique :

* ex général : TA, Fc, FR, pouls, poids
ex cardiaque, ex métabolique, ex Tégumentaire : ecchymose
* ex gynéco : * sein : symétrie et bilatéral
* palpat° abdo : masse, HPM
* ex au spc : MTR, aspect col, vagin
* TV : col, utérus, annexe
* TR : inspection des paramètres
* palpat° des aires ggl

*1 au terme de notre interrogatoire et ex clinique on discutera les étiologies de MTR post-m

dg étiologique :

1- cause vulvo-vaginale : vaginite sénile
Kc vulve, vagin — à éliminer devant l'ex dlg au spc

2- cause cervicale : polype accolé par le col : ex au spc
Kc du col → FCV + sérologie
ulcération cervicale sur palpation

3- cause ovarienne : Tm sécrétante : Tm granulosa : absence de MLU

4- cause tubaire : Kc Trompe = MTR - unique tubaire

5- cause infectieuse : • vulvovaginite : cellule E_2
• cervicite
• endométrite

6- cause utérine : polype intra cavitaire : écho + hystéro
hyperplasie endométriale = endomètre épais → aspect atrophie de l'endomètre
Kc de l'endomètre : le dlg + probable : FR
Sarcome = pas probable intervalle EG

au total : patiente âgée de 58 ans, diabétique, hypertendue qui présente notamment une pathologie endométriale dont le dg de certitude sera apporté par l'histologie

[*] CAT :

1- échographie endovaginale : à la recherche de l'épaisseur de l'endomètre
évalue le degré d'infiltration myométriale
Doppler pelvien
lame d'ascite
annexes

2- on peut pratiquer une biopsie à la pipelle de Cornier mais sa négativité n'élimine pas le K

3- FCV si n'a pas été réalisé

4- Bilan pré anesthésique + consultation d'anesthésie

5- Bilan d'opérabilité

on réalisera dans un 1er temps une HSC diag avec curetage biopsique (B* chirurgien) ; HSC diag : exploration de la cavité, visualisation Tm, siège, topographie, l'extension
. SIRA
- dilatation cervicale ou bougies
- prélèvement sur l'endocol n°1
- prélèvement sur la cavité utérine n°2
- produit envoyé à l'anapath

→ si l'anapath en faveur d'une hyperplasie simple / atypique = HST totale + annexectomie (+ méopause)
→ si " " néoplasie de l'endomètre :

[A] le bilan d'extension :
- IRM pelvienne +++ stadification
- imagerie thoracique-hépatique (stade III, ggn, ?)
- CA 125 si atteinte ovarienne ou si extension
- Mammographie de dépistage
- Bilan d'opérabilité : Bilan cardio : ECG, écho cardiaque
métabolique : GAJ, HbAlc
hémostase

Sera discuté et validé par la RCP +++

B - Tt chirurgical : selon le stade, grade histo, type histo

HST totale + annexectomie bilatérale + curage gg pelv

Suivie d'une radiothérapie externe et curithérapie

Surveillance :

immédiate = * état hémodynamique TA, FC, pouls
* diurèse
* ATB
* lutter contre le risque thromboembolique
lever précoce + HBPM + bas de contention

ultérieure :

- ex clinique : ex général : métabolique, ♡
ex des aires gg
ex gynéco : TV, TR
- pas d'examen radiologique sauf symptomatique

Rythme = tous les 4 mois pdt 02 ans puis tous les 6 mois pdt 3 ans puis annuelle

* PEC psychologique
* CI au THS

C Pronostic :

immédiat : dépend du geste opératoire, l'anesthésie
risque thromboembolique, infectieux

au long cours = * âge élevé
* comorbidité
* stade
* type histo
* grade
* degré d'envahissement myométrial
* envahissement gg
* emboles lymphatiques ou vasculaires
* taille Tum

MTR périménopausique

Dr Hadjer Agad

dg étiologique =

→ cause extra génitale = Iatrogène, coeliopathie

→ cause génitale

→ gravidique +++ ⚠ ♀ périménopause
- → Grse = menacé, ROC, ROM
- → Môle
- → GEU ⇒ BHCG +++

→ Non gravidique =

1° cause vulvo-vaginale
2° cause cervicale = polype - cinclyse, infection ⇒ FCV + Colpo
3° cause utérine +++

♀ périménopause +++
- → Fibrome
- → polype
- → adénomyose ± DR: pelvi algique, Utus ↑, sensibilité dysménorrhée, âge
- → MTR sur DIU ⇒ germe banal / germe spécifique TBK (IDR+)
- ⇒ endométrite

atrophie (mise progest écho endo fin) + hyperplasie de l'endomètre : ♀ périménopause, mode MTR Tens hyperE2, obèse, diabète endomètre épais
- + Kc de l'endomètre
- + sarcome
- + choriocarcinome = MTR rebelle antécédent : 1 môle gravidique il y a 10 ans → Tx BHCG

4° cause annexielle =
- salpingite
- Tuberculose
- endométriose

+ Tm ovarienne = Tm granulosa, fibrothécome, Meigs → Tt chirurgical si HLV → écho → marqueurs Tx
+ Kc Trompe

AT = BHCG + + +
- écho pelvienne, endovaginale
- FCV + frottis endocervical + Mammographie ⚠⚠
- hystérosonographie = polype, fibrome
- HSC + biopsie de l'endomètre : FDR Kc endomètre ♀ > 45 ans → prélèvement envoyé à l'anapath (curetage biopsique, étagé si ♀ génital)
→ marqueurs Tx, Scanner, IRM

Tt =
- → si polype - fibrome : Tt hystéroscopique
- → adénomyose superficielle : DIU au Lévonorgestrel ↔ endométrectomie
- → hyperplasie atypique = risque d'évolution Kc → HST

macroprogestatifs = oestroprogestatifs ou Lutényl
si échec = hystérectomie

→ Fibrome = DIU hormonal au Lévonorgestrel [effets sec = kyste ovarien, expulsion DIU, embolisation artérielle 2e ligne (fibrome intéressant hémorragie)]

notre AT dépendra des résultats des ≠ exam

① * polype = Tt hystéroscopique

② * adénomyose = { Tt Médical :
progestatif : Dangesp pdt 6 - 9 mois
DIU = Mirena

si échec → endométrectomie sous HSC
si échec → HSI inter annexielle

± périménopausique

③ * hyperplasie de l'endomètre =

→ simple = Tt Médical progestatif pdt 03 - 6 mois → si échec → Endométrectomie → si échec → HSI inter annexe

→ atypique = HSI

④ * Kc de l'endomètre :

→ Bilan d'extension

→ stadification de la FIGO

→ Tt selon le stade.

Masse latéro-utérine

↳ maligne

Dr Hadjer Ayad

Au total: patiente âgée de 47 ans, G1P0, aux ATCD médicaux d'1 salpingite pelvienne fébrile il y a 1 mois, et aux ATCD gynécologique de GEU activité pour masse pelvienne chg qui l'examen clinique est normal; l'ex gynécologique retrouve:

au spec: vagin et col sain sans pertes

TV: masse latéro-utérine gauche comblant le CDS gauche fixée à la paroi pelvienne molle, sensible à la mobilisat°, l'utérus est dévié à droite de 1 VP.

→ Cette patiente nous pose un triple problème: clinique + thérapeutique + pronostic

1 - Sur le plan diagnostic = Dg étiologique

* cause extra génitale = peu probable
  * Tm digestive (Recto-sigmoïde): est ⊖ probable devant l'absence de signe d'appel (hémorragie digestive, TR ou transit)
    Cependant un lavement baryté sera demandé
  * Rein pelvien = hydronéphrose, Tm ou cpl d'infect° peu probable devant: absence de symptômes urinaires
    → écho rénale sera demandée
  * Kyste hydatique

* cause génitale = semble la plus probable

→ cause utérine: fibrome s/ séreux pédiculé en nécrobiose à évoquer devant ATCD symptomatologie de cette masse mais peu probable devant → absence de TRB du cycle
→ aspect écho n'est pas en faveur

→ cause tubaire =
* GEU = compliquée d'hématocèle rétro utérin infectée évoquée devant ATCD GEU + SAD pelvien fébrile + caractère sensible masse mais moins probable devant: absence d'anneau clair / pas TRB cycle / devant l'aspect écho
  Cependant sera infirmée par un Tx BHCG ++
* Kc Trompe: évoqué devant l'âge mais éliminé devant: pas HTR / pas voie tubaire / l'aspect clinique écho
* cause infectieuse = pyosalpinx ou hydrosalpinx est à évoquer devant ATCD de SAD pelvien fébrile mais peu probable devant absence ATCD d'infect° à répétition et devant le caractère clinique + écho de la masse (hydrosalpinx: image latérale liquidienne anéchogène)
  Tuberculose des trompes: Tm

→ Tm organique ovarienne = le dg le + probable devant les données clinique + écho
+++ masse comblant le CDS gauche fixée à la paroi pelvienne du côté gauche molle sensible à la mobilisat°, 12 mm, d'aspect multiloculaire (Tm ovarienne)
Quand le dg de certitude sera apporté à la patiente → Anapath

① * Cette masse est-elle bénigne - maligne

En faveur de la bénignité :
- REG
- caractère unilatéral
- abcès d'ascite
- Abcès ADP

En faveur de la malignité
- Age
- nulliparité ++
- Aspect multi-loculaire
- Taille Tm

② * Cette masse est-elle primitive ou sec :

à m Kc digestif ou mammaire, non devant l'abcès de signe dig et l'ex seins NL

③ * est-elle sécrétante ou non :

Non secrétante devant l'abcès de trb de cycle pas de signe de virilisat° ⚠⚠⚠

④ * est-elle isolée ou associée :

à une pathologie cervicale ou endométriale devant l'abcès de TATR + Col sain.

néanmoins : FCV + Cystite endométriale seront malignes

⑤ * est elle simple ou compliquée :

c'est une Tm compliquée d'infection ou suppuration vu l'ATCD de SAI chez patiente fébrile et devant la sensibilité de la masse

Q1 - CAT :

il s'agit donc d'une Tm ovarienne vraisemblablement d'allure suspecte. chez une patiente âgée de 47ans, nullipare, la sanction thérapeutique est chirurgicale

m malignes avant tout : un bilan d'extension :

1 * Asp = calcification (texture)
2 * Ascite : aviser dg et suivra au bilan d'extension à distance
3 * IRM ++
4 * écho abd : recherche métastase
5 * cystoscopie
6 * Rectoscopie
7 * UIV
8 * marqueurs Tumoraux CA125 : bon dg + post thérapeutique
9 * Mammographie + échographie mammaire

→ Bilan pré-opératoire : CAT - bilan vital - consentement = Tele - ECG commande de sang + consultation pré anesthésie

→ Laparotomie exploratrice = LMSO, explore l'étage sus et sous mésocolique
- pelvis = exploration Tm, sa localisation, son appartenance à l'ovaire controlatérale, la rupture à la recherche de métastase chaine ganglionnaire
- sus mésocolique = Foie, estomac, cavité d'épiploon, cadre colique, épiploon, ganglions
- on fera des prélèvements d'ascite pour l'étude cytologique

→ le geste operatoire consistera a une tumorectomie ou quadrantectomie avec
ex extemporanée de la pièce operatoire
si Tm bénigne = geste radical suffit
si Tm maligne: selon le stade
hystrectomie + annexectomie bilatérale + omentectomie + lymphadenectomie
pelvienne + LAO + Tt complémentaire [chimio à partir stade Ic adjuvante ... stade 3 histo mauvais pc
appendicectomie si Tm mucineuse
enfin d'intervention evaluer le résidu Tumoral

→ **Surveillance**:

immédiate = surveillance: etat hémodynamique TA, T°, FC
Diurèse
lever précoce
HBPM + Anticoagulant ...
soin de la plaie

ultérieurement =
- → Clinique = Recherche des **métastases** par palpation abdomino-pelvienne spc
- → Ksio = Ca 125 = à la recherche des récidives
- → Rx = IRM à 6 mois à la fin du Tt
écho abd: Récidive

tous les mois pdt 2 ans puis tous les 6 mois pdt 3 ans puis annuelle

* La laparotomie de **second look** sera pratiquée après 6 mois afin d'evaluer l'etat et rechercher des récidives

3. **pronostic** =

immédiat = Bon = RTG
absence de taares

mais elle risque cpl AG
cpl geste operatoire
cpl thromboembolique
cpl infectieuse

au long cours : dépend de **réseau** l'Anapath :
1. Stade
2. le degré de différenciation
3. type histo
4. taille Tm
5. Réduction Tm complète = + le récidive est faible + la survie est longue
6. Reprise de la Tm à la chimio
7. cinétique de ca125
8. age
9. état general

s'agissant probablement d'une Tm d'origine organique maligne probablement mucineuse chez une patiente agée de 47 ans dont la sauvegarde thérapeutique est chirurgicale

4. mesures associées: - PEC multidisciplinaire = chirurgien - anapath
- PEC psychologique

Masse latéro utérine

Dr Hadjer Agad

Total = patiente âgée de 60ans, GmPloAn, sans ATCD HC particuliers qui présente des dlrs pelviennes évoluant depuis 02 ans sans signes associés chg qui l'ex clinique retrouve une masse latéro-utérine

→ cette patiente pose un problème diagnostic - thérapeutique - pronostic

1) - sur le plan diagnostic = diagnostic étiologique de cette MLU = tout d'abord s'agit-il d'une Tm génitale ou extra génitale

① Tm extra génitale - peu probable

* digestive = → plastron appendiculaire = éliminé devant l'abcès dlrs FID
  → kyste de mésentère : très mobile, écho n'est pas évocatrice
  → kyste hydatique = absence de séjour en zone d'endémie, IDR de casoni écho = absence d'image en nid d'abeille
  → Tm colique / rectosigmoïdienne = pas de méléna, ni rectorragie
* Rénale = - globe vésical = pas de rétention urinaire
  - Rein ectopique pelvien = écho rein vide retrouve les 02 reins en place
* Textiloma = pas ATCD chirurgie

② Tm génitale ++ seule la plus probable [ne pas mentionner les causes traumatiques ++ GEU, malaise, kyste corps jaune, car ménopausée]

→ **cause utérine** =

Tm bénigne = fibrome n'est pas à évoquer car ♀ ménopausée ++
[♀ âgée, myome utérin si séant, nulli, pauci-para, terrain d'hyperœstrogénie aspect écho]

Tm maligne = Kc endomètre = ♀ ne présente pas FDR (ATCD résine prétc, Fc homme) ♀ en BEG utérus mobile non
on élimine le dg par Curetage BX

Sarcome = peu probable devant BEG, évolut° rapide, caractère mixte cepd, il est éliminé par histo

→ **cause Tubaire** =

Infectieuse = pyosalpinx = pas de dlr pelvienne aigue, sd infct, cris douglas
hydrosalpinx = écho = pas d'image "en chapelet"
Tuberculose tubaire = pays d'endémie, malgré absence contage, IDR Tuberculine

Kc de la Trompe = peu probable, BEG

→ **cause ovarienne** ++ le dg le plus probable évoqué devant cette masse pelvienne rénitente mobile surtout à l'écho = utérus de taille NLle, volumineuse masse anéchogène à contenu épais aspect minime 9/14cm

① * Cette masse est-elle primitive ou secondaire ?

apparaît primitive devant l'absence de signe d'appel extra génitaux manque d'arguments digestifs

② * est-elle isolée ou associée ?

- Kc du col = malgré l'absence de lésion macroscopique visible au spc mais FDR = multiparité, précocité des rapports, bas niv socio éco ⇒ FCV dépistage
- Kc utérin = pas de MTR mais associat° possible ⇒ CBx

⑤ * est elle sécrétante ou pas ?

cette masse non sécrétante devant : { absence de signe clinique de virilisat° / absence de MTR / vagin pâle sec peu strié

④ * est elle bénigne ou maligne ?

en faveur de bénignité
* RSG
* caractère mobile non adhérence de la masse
* absence d'ascite
* anéchogène Tm unilatérale
  - jeune âge : 20-40 ans
  - Doppler : vascularisat° périphérique régulière
  - marqueurs Tx = ⊖

en faveur de malignité
* âge de la patiente >40 ans (chez notre patiente
  - Altérat° l'état général
  - masse fixée adhérente
  - écho = hétérogène, mal limitée paroi épaisse cloisons, végétat° endo, exo kystique, Ascite
  - Doppler = vascularisat° centrale irrégulière
  - marqueurs Tx : ↑ > 1000 CA125

⑤ * Uni ou bilatérale ? = cette masse unilatérale

⑥ * Compliquée = torsion / fissuration / hge ou non = cette masse non compliquée

au total : nous sommes devant une patiente âgée de 60 ans G4P2A4 sans ATCD HC qui présente une Tm ovarienne à priori bénigne mais dont la nature ne sera confirmée qu'à l'histologie

2) - CAT

Ⓐ Etape diagnostique = bilan d'extension ++ ⇒ clin = ex vaginal, toucher rectal, foie - ascite ggs ; para clin = =

* Telethorax
* écho hépatique
* Scanner
* IRM abdomino-pelvienne +++
* UIV
* lymphographie
* Rectoscopie / cystoscopie si doute
* Marqueurs Tx CA125

+ mammographie de dépistage FCV + frottis endométrial

△ notre patiente dispose déjà : Telethorax : aucune image en faveur de Méta ; écho pelvienne : masse para utérine bien limitée, pas d'ascite ; Scanner (rapport noir)

au terme de l'examen clinique et para clinique dont nous disposons notre malade est classée Stade Ia (atteinte un seul ovaire sans Ascite) dans FIGO cependant cette classif n'est pas définitive elle pourra être rectifiée après exploration per op

(B) Etape therapeutique :

le traitement ne peut être que chirurgical, notre patiente etant operable

on pratiquera : une laparotomie exploratrice +++

- après bilan pré-op : Biologie standard, Sérologie HIV, hepatite, ECG, consult° pré anesthésique, réserve de sang

- on pratiquera : une incision médiane sous ombilicale (LMSO), ± élargie en sus ombilical
  - * cytologie péritonéale si epanchant
  - * exploration abdomino-pelvienne sus- et sous mésocoliques °°
    - → les 02 annexes + utérus + palper les ganglions si Méta
    - → péritoine
    - → gouttière pariéto-colique
    - → coupole diaphragmatique
    - → Foie
    - → gg pelvien + lombo-aortique
  - * on procède à une annexectomie unilatérale = pièce examen extemporané +++

- si extemporané : Tm bénigne = annexectomie suffit
  - mais certains auteurs vu l'âge de la patiente (60ans) et pour la mettre à l'abri d'éventuels récidive ils pratiquent : HST + annexectomie

Tm maligne = notre malade = classée Ia
1. hystérectomie totale
2. annexectomie bilatérale
3. omentectomie + biopsie péritonéale
4. Appendicectomie (si carcinome mucineux)
5. curage gg : pelvien + lombo-Ao

Tt complementaire :
notre malade etant classée Ia ne révèle pas de la chimiothérapie

Chimiothérapie si { Stade Ic, Grade 3, histologie de mauvais pc

(C) Surveillance

* immédiate = post op : T° - état hémodynamique - Diurèse - les drains de Redon - signes thromboemboliques, la reprise du transit

* au long terme = → clinique : tous les 04 mois pdt 02 ans puis tous les 06 mois pdt 05 ans puis tous les ans
  * palpat° abdomino-pelvienne * spéculum * toucher pelvien

→ paraclinique : échographie pelvienne (Scanner abd-pelvien) : Récidive évolut° masse résiduelle
IRM à 6 mois puis si signe d'appel.
Ca 125 si initialement ↑

↳ une 2ème laparotomie dite "Second look" sera pratiquée 6 mois après afin d'évaluer l'état de la maladie et la réponse à la chimiothérapie

3 - Sur le plan pronostic :

Pc immédiat = en général bon mais risque :

cpl opé : anésthésie
hémorragie
plaie rectale
plaie vésicale
plaie digestive

cpl infectieuse
cpl thromboembolique
cpl chimio : hépatique / hémato
rénale / alopécie
fatigue

Pc long cours :

si Tm bénigne : Bon pronostic

si Tm maligne : fc pronostic :

1- type histologique
2- grade histopathologique
3- stade initial (FIGO)
4- atteinte gg
5- opérabilité de Tm
6- chimio-sensibilité

- patiente risque : reprise chirurgicale avec décès

La survie à 05 ans :

Stade I : 75 %
Stade II : 50 %
Stade III : 22 %
IV : 5 %

- conséquences de la chirurgie :
  - fistules vésico-vaginale
  - fistule recto-vaginale
  - TRO mictionnel
  - lymphocèle (curage)
  - déficit chirurgical

MLU : R11

Si ♀ en période d'activité génitale : Recherche les causes gynécologiques

* cause extra génitale
* cause génitale =
  - Cause gynécologique :
    - 1) Kyste du corps jaune
    - 2) Gros utérin = ancienneté, signe fonct ↑ hauteur utérine ↑ → βHCG + écho
    - 3) GEU : ancienneté + ATCD + THIR → βHCG
  - Causes non gynécologique
    - → Tubaire
    - → utérine = fibrome si ♀ en activité génitale, Kc endomètre
    - → Ovarienne +++

Si kyste fonctionnel = masse ovarienne unilatérale

Contexte Ho = péri-ménopause, nulligeste, opk, hypothyroïdie

- anéchogène
- Taille : 3-5cm
- paroi fine
- absence de cloison
- absence de végétation

⚠ sa persistance dans le tps recherche le dg vers l'organicité

⚠ si dans l'ensemble ces caractères il faut en discuter

CAT :

→ étage dg : 1 dosage βHCG
2 écho endovaginale explore ovaires doppler
3 ex mammaire + mammographie de dépistage
4 FCV

→ étage thérapeutique =

- pas d'indication opératoire d'emblée
- Abstention
- Blocage ovarien par pilule rétro-progestative après bilan clinico-gynécologique
- surveillance échographique pdt 02 cycles (cette thérapeutique est inutile)

si kyste disparait = il s'agit d'un kyste fct

si reste inchangé ou ↑ légèrement : cœliochirurgie + exploration + tumorectomie du kyste

ex extemporané = si bénigne = geste suffisant

si malin = chir stade IA =
si désir grossesse = annexectomie unilatérale
si non = laparo-exploration par chirurgie radicale

Stadificat° FIGO 2009 = ovaire

Stade I A = Tm unilatérale, capsule intacte pas végétat°, pas ascite

I B = Tm bilatérale, capsule intacte

I C = Tm uni ou bilatérale, rupture capsule + végétat° + Ascite +++

Stade II A = atteinte Tsinpe et/ou utérus

II B = atteinte pelvienne

II C = II A ou II B + rupture capsule + végétat° + Ascite

Stade III A = atteinte extra pelvienne microscopique

III B = " " macroscopique < 2 cm

III C = " " " > 2 cm + gg

Stade IV = Meta intra hépatique = Tt palliatif

→ annexectomie unilatérale si désir Gsse

→ chirurgie radicale
HST + annexectomie bilatérale + omentectomie + Appendicectomie + lavage gg

⚠ chimiothérapie adjuvante si
- grade 3
- cancer à ≠ claire
- Stade I C, II A +++

→ cytoréduct° maximale 1ère selon la résécabilité

→ chimio adjuvante si pas résidu Tm > 0,2 cm
polychimio si résidu Tm > 0,2 cm

→ possibilité second look par chirurgie complémentaire après une cure de chimio

MLU + MIR

Dr Hadjer Agad

il s'agit d'une patiente agée de 78 ans, Gopo ménopausée à l'âge de 52 ans qui consulte pour des métrorragies post ménopausiques.

l'interrogatoire : va rechercher un certains nbre d'éléments

ATCD (gyn) :
* notion d'allie familiale : tbb de l'hémostase
* ATCD d'K de sein, ovaire, enchelie, colon
* notion de contage tuberculeux

ATCD (p) :
- âge de la menarche (puberté précoce <12ans)
- âge du mariage (nulliparité)
- caractère du cycle auparavant : dysovulat°, tt hormonaux
- âge de la survenue de la ménopause et si THS (tardive)
- autres pathologies générales et leurs tt : AINS, anticoag, antiagrég

→ préciser le caractère du saignement : spontané ou provoqué
chez, l'abondance, aspect

→ Rechercher des signes associés :
* douleur pelvienne, lombaire
* chez : tbb transit, tbb urinaire, dyspat° ↑ volume abd (ascite)
* Resp : dyspnée
* notion d'amaigrissement, fièvre

l'examen clinique : complet

→ Cardio vasculaire : TA, pouls, Fc
→ Respiratoire : auscultat° élimine un épanchement pleural
→ explor° des aires gg : axillaire, sus claviculaire, inguinale
→ ex des téguments : ictère
→ Recherche OMI : signe de compression pelvienne
→ ex voie urinaire et la fosse lombaire
→ ex de l'abd : ↑ volume, HPM, Ascite, nodule ombilical (cancer)
→ ex gynécologique : Sein : bilatéral, comparatif, nodule, ecoul,
vulve : trophicité, muqueuse hémorragique
Spc : aspect du col et du vagin
TV + TR : pelvis, CDS vaginal, nature, mobilité les paramètres

au terme de l'interrogatoire et l'exam clinique et gynécologique

on discutera cette association de Tm pelvienne à localisation rétro utérine et métastases, on évoquera 3 dg étiologique

1 * cause infectieuse : tuberculose génitale ds laquelle Tm

2 * cause Tm : extra génitale = digestive, osseuse, musculaire
sont peu probable en l'absence de signes cliq en faveur

génitale :

utérine : fibrome utérin peu probable car le + svt asymptomatique en période ménopausique
atc de l'enquête n'est pas à écarter vu
FR : nulliparité, MTR post ménopause
→ CA

Tubaire : peu probable absence d'hydrosalpinx, BEG

Ovarienne : c'est la plus probable
- primitive : en cas de l'absence d'élément en faveur de Tm sec
- maligne : ♀ ménopausée nulliparité, appendicectomie : exposant tabac
- sécrétante : trophicité de la muqueuse vaginale MTR
- peut être associée à une atcd de l'enquête

CAT : pour avancer dans notre dg on devra pratiquer des explo

1 - une échographie : qui permet de nous évoquer les caractères de malignité de la masse : unilatérale, variable de 10/9, solidotidienne présence de végétation pouvant à doppler

2 - IRM pelvienne : qui a confirmé l'aspect de la Tm

3 - dosage des marqueurs Tx : Ca 125, E2 (Tm granulosa)

4 - Mammographie de dépistage si n'a pas été faite

5 - FCV

6 - Scanner thoraco - abdomino - pelvien : APP suspecte, nodule de carcinose

- discutée au RCP
- informer la patiente du principe de l'intervention

PEC :

M complétera par

- Bilan d'opérabilité
- Bilan biologique pré anesthésique
- Mise en réserve du culot globulaire
- prévenir le pathologiste sur la praticabilité d'un ex extemporané

1er tps : HSC avec curetage biopsique de l'endocol : épais 8mm
les résultats de l'anapath en faveur d'une hyperplasie simple éliminant la néoplasie endométriale

2e tps : chirurgical : sans AG

patiente prévenue du risque de laparotomie xipho-pubienne en cas de mise en évidence de Tm maligne

* Coelioscopie : confirme le dg anapath extemporané
si elle est réalisable Bilan d'extension : le choix entre une chirurgie de resect° complète ou chimiothérapie néoadjuvante suivie d'une chirurgie d'intervalle

* Laparotomie médiane xipho-pubienne : Tm maligne

→ exploration abdomino pelvienne = classe FIGO
cytologie péritonéale 1ère
Biopsie Tm
Bil d'extension : explor° de la cavité péritonéale
cul de sac de douglas
gouttière pariéto-colique
espace chiasmatique
épiploon - foie
palpation des aires ganglionnaires + gg

→ chirurgie : Réduct° Tm complète
HST totale + annexectomie bilatérale + omentectomie
curage gg pelvien + lombo-aortique

3e tps : chimiothérapie adjuvante sera proposée après la confirm° définitive de la nature maligne : stade IC, grade 3, histo mauvais pc

Surveillance :

immédiate en post op :
- état hémodynamique : TA, Fc, pouls, T°
- Diurèse
- Antibiothérapie
- Lutter contre l'Accident Thromboembolique : lever précoce + HBPM
- Soin de la plaie

ultérieure :

Clinique : ex général + ex gynécologique à la recherche de métastase

Biologique : dosage Ca 125

Rx : IRM abdomino pelvienne à la fin du Tt puis aucun ex radiologique systématique n'est indiqué sauf si je d'appel V récidive

Rythme : tous les 03 mois pendant 02 ans puis tous les 6 mois pd 03 ans puis annuelle

pronostic :

Immédiat : dépendra de la chirurgie, de l'anesthésie et le risque thromboembolique et infectieux

au long terme : dépend des résultats d'anapath
- Réponse Tt complète : le principale facteur
- Stade
- type histologique
- grade
- Réponse de la Tm à la chimio
- cinétique du Ca125
- âge
- état général

masse latéro utérine + MTR

MTR + MLU = Tm naissance sécrétante + pathologie endométriale

DPA + MLU + TTR = GEU

DPA + fièvre + MLU + MTR = IGH

Mme totale = patiente âgée de 43ans, G6 P5 (0 CEV Bp) aux ATCD de DNID qui présente des métrorragies dans un contexte douloureux pelvien évoluant depuis 1an/1, dont l'examen clinique retrouve une masse pelvienne latéro-utérine gauche sensible et fixée donnant à l'écho une image hétérogène de 8cm ∅

biologie = Hb = 8,5 g/dl , βhCG = 1 ng/l

→ Cette femme nous pose un problème : dg + CAT + Pc

1- **Sur le plan diagnostic** = MLU associée à des métrorragies dans un contexte d'hypo-oestrogénie

on s'assure rapidement de l'absence de **cause extra-génitale** :

1- Coagulopathie sec à I hépatique / I Rénale / hémopathie → devant l'absence d'ATCD, signe d'appel, bilan cutanéo-muq → **bilan hémostase**

2- Iatrogène = **mise med** : anticoagulant, antiagrégat, AINS

3- digestive = → plastron appendiculaire
→ kyste du mésentère
→ kyste hydatique
→ Tm colique, recto sigmoïdienne

4- urologique = → Rein ectopique pelvien
→ globe vésical

5- Textilome

*1 - **cause génitale** = Seule la + probable

→ **gravidique** = (↓ activité génitale)
* Grosse intra utérine ou môlaire
* Fcs môlaire
* GEU : évoqué devant la NFS initiale

→ sont éliminés devant la clinique de métrorragies avec absence d'anomalie échographique mais le choriocarcinome ne peut être éliminé → Tx βhCG

→ **Non gravidique** =

1** cause utérine = adénomyose à évoquer devant : l'âge, multiparité, hyperménorrhée, douleur pelvienne → **HSG** =

pathologie bénigne et néoplasique
- → adénomyose
- → fibrome
- → polype
- → hyperplasie

→ pathologie maligne
- Ca endomètre
- sarcome
- choriocarcinome

→ pathologie infectieuse endométriale

2. endométrite : peu probable car pas d'infection génitale active avec absence de signe d'imprégnation

3. fibrome si sous muqueux ou polype intra cavitaire : métrorragies + retentissement ED peu probable car l'écho : pas de fibrome

5. hyperplasie : soit induite par la Tm naissance sécrétante ou fonctionnelle vu l'âge et hyperoestrogénémie relative à l'écho LV épaisse

- Kc de l'endomètre : bien que la patiente ait encore ménopausée elle présente un prédispositif au néo : FRT : diabète ++, mauvaise HTA +++, LV épaisse, hypercholestérolémie
→ ASC : 15*

(2*) - cause tubaire : • Kc Trompe : reste peu probable, REC
• infection : pyosalpinx hydrosalpinx peu probable devant absence de signes infectieux, pas de fièvre pas d'écoulement vaginal
→ FNS, CRP, VS

(3*) - Tm ovarienne organique +++ la + probable
→ Demeigs meigs : éliminer par l'absence d'épanchement (Tm bénigne ovaire avec ascite + pleurésie)
→ endométrioïde, Fibrothécome
→ Tm maligne = la granulosa ++

(1)* en faveur de bénignité :
- jeune âge
- limite nette
- unilatérale
- pas de végétation
- pas d'ascite
- contenu homogène

en faveur de malignité :
- Volume masse
- aspect hétérogène
- cloisons + végétations
- paroi épaisse contour irrégulier
- néovascularisation anarchique

⇒ seule l'anapath qui tranchera

(2)* elle semble sécrétante (+++) = présence de HTR + LV épaisse ⇒ dosage d'æstradiolémie (+++) E1 > E2

(3)* Tm compliquée : soit infectée ou nécrosée ou que présente des pertes chimiques

(4)* Tm peut être associée : aller rechercher de l'hyperplasie simple à l'atypie ou Kc
Confirmation sera apportée par curetage biopsique ANS HSC curetage (+++)
• FCV + colpo + curetage étagé

(5)* Mimitive-sec

⚠ - diagnostics = * cause gravidique = GEU - AMM - chorio+
* pathologie endométriale bénigne ou maligne
* Tm ovaire organique sécrétante (granulosa++) associée à une pathologie endométriale expliquant les méno HTR

2- CAT =

* hospitalisat°
* complete le bilan d'operabilité
* s'assurer de l'eq glycémique (patiente diabetique)
* Tt martial par palier si anemie
* consultat° d'anesthesie + commande de sg

→ Bilan d'extension =

* Asp = calcification
* Tele thx
* Echo abd = Méta + marqueurs Tx = CA 125, ACE, CA 19-9, afp
* IRM ++, TDM thoraco abdo pelv stade III ala recherche des méta
* UIV
* cystoscopie
* Rectoscie
* Mammographie

→ FCV

→ curetage biopsique sous Hsc = ⚠ dirigée

→ Laparotomie indiquée quelque soient les résultats de curetage
PSK = le caractère suspect de la Tm → LMSO

* si extension = Tm bénigne = la suite du geste dépend CB+

→ hyperplasie simple / atypique = HST totale + annexectomie bilatérale

→ Kc endomètre = HST totale extrafasciale
- annexectomie bilatérale (si N unilatérale & jeune)
- curage gg pelvien (iliaque ex)

Radiothérapie post op si = pièce operatoire gg infiltré N
ou
Curiethérapie
myometre envahi > 50% ++ IB

Tm maligne de l'ovaire = stadification° FIGO, le geste sera celui d'un Kc Ovaire
- HST totale
- annexectomie bilatérale
- curage gg pelvien, LA°
- omentectomie
- Appendicectomie (Tm mucineuse)

→ Tt chimio si = stade Ic - IIA
grade 3
histologie mauvais pc

→ surveillance =
- immédiate
- au long cours

3- pronostic =

- Surveillance Kc endomètre

1 - examen clinique : ex gynécologique complet
toucher pelvien : TV : TR
palpation aires gg
ex général

2 - Rythme : tous les 4 mois pdt 2 ans, puis tous les 6 mois pdt 03 ans
puis tous les ans

3 - pas d'indication avec exam d'imagerie ni de biologie ni de fcr
sauf symptomatologie

4 - Recherche d'une instabilité des micros satellites si elle n'a pas été faite avant à l'anapath par identification sur tissu type = typage ↑ tissu présentant un Kc endomètre ou quelque soit l'âge si on apprend un 1er atteint d'un Kc colorectal.

- pronostic :
  - immédiat : état général
    cpl post op
    âge
  - long cours

1 - age élevé
2 - comorbidité
3 - stade FIGO
4 - type histologique : cancer endométroïde de bon pc
5 - stade histo : type 1 : degré de ↓ ; stade 3
6 - le degré d'envahissement du myomètre
7 - envahissement gg : mauvais pc
8 - emboles hypovasculaires
9 - Taille Tm > 2cm

Surveillance : Kc ovaire :

1 - examen clinique
2 - Marqueur Tx Ca 125 } → tous les 4 mois pdt 2 ans, tous les 6 mois pdt 03 ans puis tous les ans

3 - IRM à la fin du TT (à 6 mois)
4 - aucun exam radiologique systématique n'est indiqué

- avec la récidive : scanner thoraco pelvien ou TEP-Scan

Pronostic :

1 - Reduct° Tm complète
2 - Stade : FIGO
3 - Type histo
4 - grade de diffn
5 - Réponse de la Tm à la chimio
6 - cinétique du Ca 125
7 - âge
8 - état général

COL

Dr Hadja Agad

au total : il s'agit d'une patiente âgée de 28 ans G3 P3 sans ATCD particuliers qui consulte pour saignement de contact de petite abondance lors des rapports sexuels, mariée à l'âge de 18 ans, cycle régulier à 28j G3 accouchements voie basse dont le dernier il y a 1an, sans micropolyadénopathies la symptomatologie remonte à 03mois : saignement de petite abondance sans signes accompagnateurs sans retentissement sur EG

l'ex. : TA = 150/90, poids 60kg
SPC = vagin propre
col siège d'une ulcération périorificielle recouverte de leucorrhée blanchâtre
paroi vaginale et cervicale entière saignant au toucher
TV = col médian long fermé, utérus de taille N, CDS libres

Cette patiente nous pose un triple problème : diag, CAT, PC

I) problème diag :

* diag des MTIR ne se pose pas devant l'ex sans SPC qui confirme le saignement provenant de l'appareil génital
* diag étiologique :

extra génitales
- causes iatrogènes : DIU, médicaments : cytotoxiques, AINS éliminés par l'interrogatoire
- pathologies : I rénale, I hépatique, hémopathie éliminé par l'absence ATCD → bilan hépatique rénal NFS

génitales
- Les causes gravidiques :
  * Môle menacée
  * GEU
  * Môle molle

  ] peu probable devant la notion de contraception pas d'aménorrhée, chercher la notion d'oubli → BHCG + écho

- Les causes Non gravidiques :
  1* vulvo-vaginale : traumatique, vulvovaginite éliminée par l'ex sans SPC, Tm
  2* causes utérines : - Fibrome sous muqueux : absence de ATCD
  - adénomyose : peu probable, vu l'âge, pas ATCD
  - endométrite : germe spécifique / Nu spécifique, peu probable, absence FR, si doute ECB des parties
  - KC cervical : peu probable sans FR et signes
  - polype

3* causes annexielles : • IEH : peu notable, absence leucorrhée purulente, pas d'ATCD pas de fièvre

• Kc Tampe : éliminé vu âge

• Tm Nevinny Sécrétolie : peu notable
absence de MLV, pas d'ATCD pas de MTR spontanée

4* causes cervicales : Semble la cause la + notable vu :

FR ⊕ : âge jeune du mariage : nécessité des rapports
le caractère purulent du saignement
saignt de petite abondance

• causes infectieuses éliminés devant l'aspect des leucorrhées pas de fièvre ni douleur

• polype endocervical éliminé à l'examen

• lésions malignes : lésion mêtre du col
néo du col → semble le dg le + notable
FCV

* FCV : fait il y a 1 an retrouvé une dysplasie modérée à sévère

GAT :

1 - tx de BHCG
2 - une échographie endovaginale
3 - Sérologies : recherche une IST VIH, VHB, VHC
4 - ECB des pertes
5 - Colposcopie : en dehors de toute infection
1er tps : ex sans préparation
2ème tps : après application Acétique
3ème tps : après application Lugol

- Avec que la colposcopie soit satisfaisante il faut que la zone de jonction soit visible en totalité ; si elle n'est pas visible → conisation diag
- Réaliser des B* de la zone suspecte

interrogatoire :
- âge du mariage : < 20 ans rapports
- nb de partenaires : ≥ 4 à vie
- notion infection génitale chez J
- contraception
- Tabac passif / actif
- les ATCD infectieux : herpès
- âge du 1er frottis, le suivi
- signes accompagnateurs : leucorrhée

Les lésions élémentaires de la colpo :

si * Zone de transformation typique : donc NL ne nécessite pas de Biopsie
* Zone de transformation atypique : grade I = TAG n = FCU 6 mois après, test HPV
grade II : nécessite une B* ≥ TAG

- on peut réaliser selon les nouvelles recommandat° de l'INCA 2016
un test HPV pour rechercher le type HPV oncogène si présent → Biopsie

- explication de l'endocol si la zone de jonction NON VU → micro colpo HSC
si " " VU → curetage endocol

PEC

- en fct des Résultats :

si cyto / colpo / B* concordant avec zone de jonction VU
et colpo satisfaisante donc lésion de haut grade confirmée comme FCU
Tt sera destructeur soit chimique TCA
physique : laser, electrocoag°

si lésion < 2cm → destruct° locale
si lésion > 2cm → conisat° au bistouri froid / anse

si cyto / colpo / B* discordant → conisat° d'emblée → Anapath

B* = CIN n = bas grade → Abstention surveillance FCU + colpo 6 mois à 9 mois,
Traiter que si la lésion persiste à 18 mois
par Tt destructeur : vaporisat° au laser

B* = CIN 2 - CIN 3
= haut grade → conisat° exérèse chirurgicale

Surveillance post conisation : FCU + Test HPV 3 - 6 mois - 18 mois
si FCU NL, test HPV ⊖ → FCU 1 x / an
si FCU dle, test HPV ⊕ → colpo B*

pronostic : immédiat : hémo, infect°
ultérieur : - Accouch. prématuré, RCIU
- Stérilité du col - dyspareunie

Si B* = Kc microinvasif (spc = NP)

- on complète par un bilan d'extension
  * IRM pelvienne
  * lymphadectomie par coelio
  * TEP scanner
  * Marqueurs tx : SCC
    ACE

- classification FIGO
- bilan d'opérabilité
- consult° d'anesthésie

Tt selon la classif° : Kc microinvasif I_{A_1} : Φ jeune = conisation
N HSI simple
I_{A_2} = HSI + curage gg pelvien
Kc invasif : I_{B_1} = chirurgie + curiethérapie
Φ jeune = trachélectomie élargie
désir Gest + curage gg pelvien
Φ multipare = colpo HSI élargie + annexectomie bilatérale
+ curage gg pelv + curiethérapie
$I_{B_2} \rightarrow IV_A$ = RCC

- surveillance : ex gynéco, ex clinique
- pronostic : stade clinique
  état gg
  volume Tm
  embols

Sein 1

Dr Hadjer Agad

au total: il s'agit de madame F.A âgée de 44ans, G2P2 mariée depuis 11ans aux ATCD familiaux d'une tante maternelle décédée d'un Kc du sein aux ATCD personnels d'une sarcoïdose pulmonaire type V, elle consulte pour une MEC d'une masse au niveau du sein gauche

l'examen clinique retrouve à la palpation : masse de 1cm ferme indolore au niveau QSE du sein gauche

à la mammographie : opacité hmogène dont taille < à la clinique

à l'echographie : masse hmogène avec un cône d'ombre post

Cette femme nous pose un triple problème : dg ; CAT ; PC

→ Sur le plan dg :

A- Tm bénigne du sein :

1- granulome épithéliodes : absence de notion de traumatisme ou de chirurgie
absence de signe inflammatoire à l'inspect°
→ etude histo cuffine le dg

2- Lipome : peu probable survient chez une femme ♀ qui allaite
palpat° : masse molle mobile, mammographie image vide radiotransparente avec liseré fin

3- Adénofibrome : survient chez une ♀ jeune, ses caractéristique à la palpat°
nodule ferme bien limité mobile élastique
- mammographie : opacité hmogène de la taille que l'on palpe sans calcifications
- Echographie : prolifération des ♂ galactophoriques, tissu conjonctif intra kystes

4- Tm phyllode : probable devant l'âge de la patiente mais peu probable devant la taille de la masse 1cm et la consistance dure
mammographie : masse polylobée très dense radiopaque

5- Kyste solitaire : peu probable devant la consistance dure
Mammo + écho confirment le dg

6- Papillome solitaire : peu probable devant l'absence d'écoulement

[B] - pathologie inflammatoire, infectieuse :

1 - abcès du sein : peu probable devant l'absence de sd infectieux, pas d'enfant

2 - Ectasie galactophorique : peu probable devant l'absence d'enfant nourrisson

[C] - Kc du sein : +++ le dg ⊕ le plus probable devant la présence de FR

* ATCD d'un Kc chez la tante
* nulliparité
* carte choisie : allaitement
* siège QSE

→ on complétera notre interrogatoire à la recherche d'autre FR

→ l'ex clinique : le caractère de la masse la indolore ferme dure

on recherchera d'autres signes de malignité

au total : patiente âgée de 42 ans, aux ATCD fx d'un Kc du sein qui présente un nodule du sein gauche dont le dg le + probable est une néoplasie du sein, ADF est une probabilité à exclure en 2° la confirmation de notre dg repose sur Rx + histo

CAT :

[*] - complète l'interrogatoire :

- ATCD fx : d'un Kc sein/ ovaire (BRCAn)
- ATCD ⊕ :
  - Rétrécissement Kc : hyperplasie atypique
  - prédisposition génétique BRCA$_1$, A$_2$
  - exposition aux E_2 : Menarche précoce ; Nulliparité / nulliparité
    absence d'allaitement
    contraception
  - habitudes toxiques : Tabac, Alcool
  - alimentation riche en graisses

[*] - complète l'ex clinique : ex comparatif bilatéral ⊕ attire plus orientée

- inspection : un capitonnement, rides, signes inflammatoires
- palpation : Nodule dur indolore sa taille, son siège : sa mobilité par rapport au plan profond et superficiel
  recherche un écoulement
- ex des aires gg : creux axillaire, sus claviculaire
- ex général : Taille, poids IMC
- ex gynécologique : Spec : masse génitale → FCV

ex complémentaire :

(*) Mammographie : 1°

- Bilatérale avec 3 incidences : face, profil, oblique externe
- Clichés complémentaire si microcalcif° : de Compression, Agrandissement
- elle décrit : opacité → Homogène
  → hétérogène : suspect
  calcif° → Macro
  → Micro : urgent
  Rupture architecturale : suspect
  image stellaire, spiculée, mébranes : suspect
  limite irrégulière de la Tm : urgent
  masse ⊕ petite que la clinique : urgent
- classif° ACR

(*) échographie mammaire : décrit la nodule sa forme, dimen, échogénicité vascularisat° (doppler)
signes en faveur de malignité : Tm hypoéchogène
contour irrégulier avec un cône d'ombre post
- classif° BIRADS

(*) cytoponction : gd intérêt si kyste

(*) microbiopsie échoguidée (Tm palpable, repérable à l'écho) en 2e intention si à la mammo écho des signes en faveur de la malignité + analyse anatomopathologique

PEC

La PEC dépendra des résultats histologiques :

Tm maligne : Bilan d'extension :
→ Classif° TNM
→ Bilan d'opérabilité
→ Evaluat° d'une atteinte

clinique : clic: ostéo
palpat° hépatique
ex Neurologique

paraclinique : Telethorax
écho abd
Scintigraphie osseuse
Scan thoraco-abd
TDM cérébral si sign clin
Ca 15.3

Anapath : cancer canalaire in situ
cancer canalaire infiltrant
lobulaire infiltrant

Tt conservateur : Tumorectomie ou mastectomie partielle
si Tm unifocale < 3cm
cancer canalaire in situ + Radiothérapie du sein restant

Tt Radical = Mastectomie totale avec conservation du m pectoral
Tm volumineuse > 3cm multifocale + Radiothérapie de la paroi thoracique
cancer canalaire in situ étendu
+ chimiothérapie si FR métastatique → [Tm triple ⊖, HER2, Ø < 35 ans, T≥2 + N+]
+ curage gg = systématique si Tm infiltrant

- Tm limitée T_1, T_2 ⩽3cm No Nx Mo
  Tumorectomie + curage gg ± chimio + Radio
- Tm ⩾ >3cm : Mastectomie + curage gg + Radio + chimio
- Tm etendue T_3 T_4 : chimio Néoadjuvante + Tt chirurgical + RX + chimio
- Tm T_4d inflammatoire ..

Tm bénigne : surveillance : Abstention
exérèse si retentissement en fct type histo

Surveillance :

immediate au post op : * cpl AG, TA, Fc, FR,
* cpl thromboembolique
* cpl infectieuse
* cpl algique

surveillance posttherapeutique :

clq : ex clinique + gynécologique complet : Recherche Récidive Exact
Récidive gg
kc controlatéral
métastase

paraclinique : mammographie annuelle ± écho
tous les 6 mois pdt 2 ans puis tous les ans
en + mammographie 6 mois à la fin du tt radiothérapie
aucun d'autre ex n'est systématique
sauf dosage marqueur Tx

si patiente sous tamoxifène : ♀ Nullipare
surveillance ex gynéco annuel
écho endovaginale annuelle (endomètre)
entretien efficace

si patient sous anti-aromatase : ♀ ménopausée
- évaluer la tolérance du tt ; risque ostéoporose, dlr musculaires
- ostéodensitométrie annuelle puis chaque 2 ans
- bilan lipidique annuel
- pec psycho
- CI : THS

Pronostic :
immédiat : ♀ jeune sans tare : bon risque opératoire
ultérieur : type histo
taille Tm
envahissement gg
absence de R hormonaux (mauvais pc)
surexpression HER_2 (mauvais pc)
Tm prolifère KI67 (")
âge < 35 ans
Risque de récidive
" de métastase

prolapsus

Dr Hadjer Ayad

patiente agée de 63 ans, GrPr ménopausée depuis plus de 15 ans qui consulte pour la survenue d'une boule intra vaginale (sensation de chute) d'apparition chronique qui l'exa clinique retrouve un prolapsus dévalant de la face ant vaginale hors de la vulve, col utérin affleure la vulve

TV: utérus de taille NLE, écho NLE

→ Cette patiente nous pose un triple problème: clq - ATCD, PC

* problème clq

la clq de prolapsus ne se pose pas mais j'ai un problème de clq étiologique et stadification: - c'est une femme ménopausée
- multipare GrPr

→ l'interrogatoire: à rechercher
- ATCD obstétricaux: macrosomie, Acc laborieux, extraction instrumentale
- Trb clq: déchirure périnéale
- Constipation chronique, Masse pelvienne
- Trb sexuel: dyspareunie
- Prise de la statine pérsienne: hypercholestérolémie, inclusion

→ le problème de clq ≠ de l'incontinence urinaire
* sec au prolapsus → test urodynamique
* Suite à une infection urinaire → Rechercher les signes urinaires fonctionnels, chyurie, boule vésicale
* Vessie Neurogène de la diabétique: demande ECBU

→ GAJ

au total: il s'agit d'une patiente agée de 63 ans, GrPr ménopausée dans un contexte particulier qui mente un prolapsus stade III (dépasse la vulve)

* pbl ~~AI~~

- (H) en service de gynécologie
- Bilan préopératoire : FNS, Glyc, TP, TCK, Groupage, bilan hépatique, bilan rénal
- Commande de sang
- Consultation d'anesthésie
- Examen clinique complet
- Exploration :
  1. FCU
  2. ECBU
  3. ex urodynamique (stade II, III)
  4. IRM

  selon l'indication : IUV, écho endovaginale, manométrie anorectale, cystoscopie
  - à vessie pleine puis après évacuation
  - à l'effort de poussée
  - ex au spc = valve ant, valve post, valve post encerclant l'anus, manœuvre Bonney - Bretaux
  - TV
  - TR
  - Trucher bidigital
- Le but de ces manœuvres est de stadifier et classer le prolapsus
- L'ex gynécologique :

(1) - Temps statique : à l'inspect° : Recherche une { atrophicité vulvaire, cicatrice périnéale, vulve béante, éversion vulvaire

(2) - Temps dynamique :

* Recherche une incontinence urinaire à l'effort (IU d'effort)
* ex au spc à l'aide d'une valve
  - → déclenchant de la valve ant : explore la paroi post : recherche une élytrocèle, rectocèle
  - → déclenchant de la valve post : " " ant : cystocèle
  - → cervicométrie : longueur du col, ouverture, ...
* Manœuvre de Bonney : 02 doigts de part et d'autre du col vésical puis le malade évalue IU si disparit° IU → Bon pc chirurgical
* Manœuvre de Bretaux : refouler le col à l'aide d'une pince les fuites urinaires disparaissent → indication chirurgicale
* TV : taille de l'utérus, CDS
* TR : tonicité, contractilité du sphincter anal

PEC chirurgicale :

après avoir classer notre patiente stade III grade 3 (dépasse l'hilfe) volume
selon la classif de Baden Walker, score chaix : $H_3 C_3 E_2 R_0 I_0$

↳ propose à la patiente une cure de prolapsus par voie vaginale vu l'âge de la patiente, obésité

si ⊕ d'activité sexuelle: plastie directe, si pas d'activité sexuelle = hysterectomie + âgée (colpocleisis)

- sous RA
- position gynécologique + fesses débordant la table
- pas de sondage vésicale
- Toilette vulvo-vaginale
- Les tps opératoires: 1er tps: colpotomie ant avec décollement vésico-utérin
  colpotomie post avec ouverture du douglas
  ligature - sect° des US
  ligature - sect des pédicules utérins basaux de l'utérus
  ligature - sect° des pédicules annexiels hystérectomie

2ème tps: cure de cystocèle
- ouverture sagittale de la paroi vaginale antérieure vésicale
- décollement du fascia d'allen
- plicature du fascia d'allen en polliot
- fixation de la face inf du fascia d'allen avec le péritoine (certains auteurs)

3ème tps: si rectocèle 3ème ⊕ rectocèle haute = Richter
si petite rectocèle: périnéoplastie

- interrompre soit après fixation des US au niv des parois, retour en vagin de façon homolatérale
  ⊕ croisement des US
- fermeture de la paroi vaginale

3ème tps

Myorraphie post
- ouverture de la paroi vaginale postérieure sagittale prudent pour éviter la transfixion du rectum.
- décollement muqueux rectal
- plicature du fascia recto-vaginal

Richter : → prolapsus du dôme vaginal post HYST
→ éventration iliopectinée avec rectocèle
→ hystérocèle sévère : défect complet du système suspenseur

- Colpopexie post hysterectomie jusqu'à 3cm de la jonction vaginale à 1cm du méat urinaire
- abord du lig sacro épineux : après ouverture de la fosse ischio-rectale et décollement du vagin et du rectum
- suture du lig sacro-épineux au fil non résorbable (2 fils)
- suture de la paroi vaginale en arrivant au 1/3 inférieur la mise en tension des points de sacrospinofixation peut se faire.

- Mais la **promontofixation** reste le **Gold standard** par **voie laparoscopique** (Sacrocolpopexie avec prothèse) indiquée chez une femme jeune bon état général en raison du risque réduit de dyspareunie et tx faible de cpl mais il faut maîtriser la technique et les sutures endoscopiques
  - l'intervention débute par l'exposition du promontoire
  - incision du péritoine, dissection du tissu cellulo graisseux jusqu'au attaches du lig vertébral commun antérieur
    - dissection recto vaginale jusqu'au cul de sac anal
    - la prothèse post introduite et fixée à la paroi post du vagin par 05 points fixés au promontoire
      - la peritonisation du cul de sac de douglas
      - dissection vesico-vaginale jusqu'au bas fond
      - fixation de la prothèse ant au vagin par plusieurs points le dernier point sup médian fixé à l'isthme V au col avec réalisation une hystéropexie sec

Voie abdominale : → promontofixation
→ promontofixation avec HYST sub totale

Dans le post op :
- Sondage vésical
- ATB
- Lever précoce + HBPM
- Toilette vaginale

Pronostic : immédiat : risque d'Anesthésie - hémorragie, plaie vésicale, rectale, digestive
à court terme : hématome, infection, bassin
à long terme : Récidive
fistule vésico-vaginale
" recto-vaginale

infertilité

cas = obstruct° tubaire
IGH +++

Dr Hadjer Agad

I) sur le plan diagnostic

infertilité
- il s'agit d'un cas de stérilité 1ère de 03 ans chez un couple ayant une cohabitat° régulière de + de 02 ans sans contraception
→ se pose le problème du "diagnostic étiologique" de cette infertilité

A) causes masculine = ne peut être éliminée qu'après SPG N mais l'infertilité est multifactorielle.

s'il est pathologique = nous discutons = SPG = Azoospermie

1) voie sécrétoire

FSH ↑, LH ↓ test ↓

1- **haute** = hypothalamo - hypophysaire
→ Bilan HO = Testostéronémie - SHBG / FSH / LH / prolactine - inhibine B
- Tm : syd tumoral = IRM ; Sd Cushing
- Traumatisme : radiothérapie : interrogatoire
- hypopituitarisme = signes hypothyroïdie, hypocortisolisme
- hyperprolactinémie : gynécomastie, galactorrhée

2- **basse** = Testiculaire (FSH ↑)
→ exobstétrique : varicocèle, ± bilan HO
- Sd de Klinefelter : gd taille, imberbe, gynécomastie, caryotype = 47XXY
- aplasie, ectopie testiculaire : écho + ex clin
- Varicocèle = doppler + ex clin
- Trauma - irradiat° - radiothérapie, chimio - mise med - profs chaleur, pesticide, Tabac - Toxicomanie, ancienne orchite ourienne (antécédents)

3- liée à une **maladie générale** =
thyroïdienne, hépatique, rénale, diabète

2) voie excrétoire = obstruct° des voies spermatiques
→ Bilan infectieux ; KSP (H)
→ chirurgie exploratrice des voies excrétrices
* congénitale = obstruct° de l'épididyme ou déférent (mucoviscidose) sd des cils akinétique
* post infectieuse = chlamydiose, TBK, gonococcie
* iatrogène = chirurgicale = cure d'hernie inguinale

SPG = oligo-asthénospermie
1 - varicocèle = +++, exclig, Tt chirurgical si impalpable
2 - infection génitale = spermoculture, Tt ATB (+++)
3 - cryptorchidie
4 - auto-immune
5 - métabolique : diabète, hypothyroïdie
6 - médicamenteuse
7 - Tabac - alcool - pesticide - solvant - échauffement scrotal - post vasectomie

B) = une cause féminine = semble la plus probable +++

1) - cause hormonale = paraît peu probable

① **insuffisance ovarienne primitive ou sec** IOP
peu probables : jeune âge, absence dérèglement cycle, signes climatiques
→ Bilan HO = FSH, LH, E2 +++
- ménopause précoce - Sd Turner - ovarite auto-immune infectieuse
- iatrogène = castration chirurgicale, post chimio/radio

primitive = FSH ↑, E2 ↓
sec = FSH ↓ ou N, E2 ↓, Test de Cicatrice clomifène ⊖
→ Sd Demangeat Kottmann, Sd Sheehan

② **hyperprolactinémie** = peu probable devant l'absence aménorrhée + galactorrhée
→ dosage prolactinémie
si la cause : Non Tm : neuroleptique, antidépresseur
Traumatisme, radiothérapie, hypothyroïdie : TSH
Tm : micro adénome PRL > 100
macro adénome

③ **hyperandrogénie** = absence hirsutisme - virilisation
dosage = Testost - Δ4 androstènedione, DHEA SO4, DHEA - 17 OH progestérone

④ **anovulation** en rapport maladie générale
β HCG, Testo

2) - **Cause mécanique** +++ semble la plus probable

① **Cause vaginale:**
vite écartée par la normalité d'ex gyné (hymen persistant, aplasie vag)

② **Cause cervicale:**
- sténose cervicale: éliminée ca absence d'antécédents
- alté de la glaire: recherchée à l'ex clin
Test post-coital de Hühner

③ **cause utérine**: écartée car le cycle menstruel NL
HSG = cavité utérine perméable ⇒ nous complétons par écho endoV
- polype - myome submuqueux: ménométrie ⇒ echo-sono - HSG
- cloison utérine: si ATCD ABRT sec ++ ⇒ HSC - HSG
- synéchie utérine: ATCD geste endo-utérin - endométrite ⇒ HSC HSG

④ **cause tubo-péritonéale** +++ la cause la plus probable

→ l'**endométriose**: évoquée sujet devant: **dysménorrhée sec + infertilité**
la certitude sera apportée par la **cœlio !!**
[dyspareunie - nodule palpé au niv cloison recto-vaginale
HSG = **image diverticulaire tubaire en boule de gui ; tuba erecta**
écho: endométriome]

→ **obstruct° tubaire post tuberculeuse**: évoquée malgré l'absence de critère pays d'endémie
peu probable devant l'aspect HSG des trompes [HSG: **trompe rigide, en canne de golf, en chap** obstruct° tubaire] d'image rétiliée de la cavité utérine ⇒ TBc génitale
une **IDR à la tuberculine** +++ sera pratiquée

→ **obstruct° tubaire post infectieuse à germes banals** ± spécifiques (chlamydia) +++ Dg le + probable
* ATCD d'événement gynécologique infectieux ayant nécessité ATB 20j = **IGH** ++
* **HSG** = obstruct° tubaire distale bilatérale
* on complétera par sérologies = chlamydia - Mycoplasme): cette sera apportée par **cœlio** ++
* la présence des **synéchies** doit rechercher un épisode aigu d'infect° = ECB des parties

au total, nous sommes devant un couple qui présente une infertilité primaire de 03ans dont l'origine est probablement **féminine**, rattachée à une **cause mécanique tubo-péritonéale post infectieuse à germes banals ± spécifiques** (chlamydia - Mycoplasme)
l'endométriose n'est pas écartée de même une cause masculine associée car l'infertilité est multifactorielle

Ce couple nous pose un problème de **CAT** thérapeutique et de pronostic

1) OAT

devant le couple qui présente une infertilité primaire a priori féminine nous complétons l'interrogatoire, l'ex clinique et paraclinique

A- Etape diagnostic :

1- interrogatoire du couple

fréquence rapport, sexo
not° OGE avec autre partenaire
les autres explorat°

2- interrogatoire de la ♀

* Age * ATCDs Gx * profession
* habitudes de vie = tabac ... toxi
* caractère du cycle menstruel dysménorrhée / dyspareunie
* ATCDs IVAFIT, curetage, DIU
* ATCDs médicaux, chirurgicaux
* prise médicamenteuse
* Radio-chimio

3- interrogatoire ♂

* Age
* ATCDs Fx = infertilité - mucoviscidose
* profession
* habitudes de vie = tabac ...
* not° de trauma testiculaire
* ATCDs Mx : oreillons ....
* ATCDs chirurgicaux : hernie inguinale, torsion
* prise médicamenteuse
* Radio-chimio

4- ex clinique ♀ :

* caractère sexuels secondaires
* galactorrhée
* signes d'hyperandrogénie
* ex au spec
* TV

5- ex clinique ♂ :

- poids - taille
- caractère sexuels sec
- gynécomastie - galactorrhée
- ex des OGE : Testicule : volume, consistance
  vaisseaux ; Epididyme ; Déférent
- TR = appréciation prostate
- ex somatique complet

B- Ex complémentaire de 1ère intention :

1- courbe thermique : prise de T° centrale tous les matins au lit avant le lever
ovulat° - corps jaune

2- Bilan hormonal féminin = E2, FSH/LH, prolactine, T3

3- Spermogramme = après 3 à 5 j d'abstinence

4- Test post-coital de Hühner = rapport sexuel en période pré ovulatoire après 3-5 j d'abstinence
suivi d'un ex gynéco à 6h post stand
apprécie : la glaire : filante, abondante, transparente
5 - Sérologie : HIV, Syphilis, hépatite B, hépatite C, Toxo - Rubéole
1- Nb spz par champs sur 10

6- HSG

*) au terme de ce bilan, si on est orienté vers une cause masculine, la confirme par un 2ème SpG à 3 mois standard + lance un bilan de 2ème intention : selon résultat spG
un bilan HO + echodoppler testiculaire + caryotype + TTMS.

*) si la cause est exclusivement féminine mécanique obstructive post infectieuse :
on complète par : bilan infectieux = FNS - VS - CRP - ECB des pertes - ECBU
Sérologies = chlamydia - Mycoplasme
IDR à la tuberculine +++

hsg cœlio +++ = { Dg ⊕ de la cause mécanique
Dg étiologique = stigmates d'IGH, foyer d'endométriose

B- Etape thérapeutique

1- avant tout = traitement de l'épisode infectieux en cours

2- nous proposons une **Coelio diag + thérapeutique** = + **Hsc dg**

- après **Bpo +** insuffisant **préanesthésie + réserve du dg**
- patiente en DD sans AG : séquelle d'un pyosalpinx / exploration sys - sans mésentérique

dans l'ordre : 1* **goutière pariéto-colique**
2* **la vessie diaph**
3* **la région appendiculaire**
4* **la région périhépatique : adhérences "en cercle de vichon"** = chlamydia
5* **la région pelvienne** : (Douglas) (pelvis) = Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis +++

1 ⇒ • **Epreuve au bleu de méthylène** = { fixé par endométriose / perméabilité tubaire

2 ⇒ • Recherche des **lésions d'endométriose** : [nodule bleuâtre, brun chocolat : les détruire par thermocoagulation / endométriome : si adhérences : score AFP, faire adhésiolyse si possible

3 ⇒ • si **stigmates d'IGH** +++ : [**pelvis visqueux** ; **pseudokyste tubaire** ; **ovaire en "grain de groseille"** = chlamydiose +++
effectuer des prélèvements +++ histo + bactério

• si infection évolutive : différer le tt chirurgical

4 ⇒ • sinon établir le score de Brohet

si < 13 = **adhésiolyse** à la bipolaire - **Réparation tubaire distale** si lésion unifocale chez une ♀ jeune avec atteinte d'infertilité masculine ou **néosalpingotomie**

si > 13 = **PMA** (si sténose tubaire = **Fimbrioplastie**), si obstruction proximale +++

3- si **infertilité masculine associée** = SpG +++ ⇒ Tt étiologique si possible
⇒ si malgré cela il y a échec ⇒ **PMA**
(Tt chirurgical de ♂ n'est + indiqué) +++

TMS +++ : Spz > 1000.000 ⇒ insémination intra-utérine

- après bilan spermatique de 3 mois
- Sérologies des époux : HIV, Hbs, Hbc, syphilis
- préparation du sperme d'une éjaculation de faible volume
- cycle naturel ou induit +++ (clomid)
- introduction de la préparation dans CU par fin cathéter le lendemain du pic LH (cycle spontané ou 36h après inj HCG (cycle induit))

Si échec (4-6 tentatives) Spz = 500.000 - 1000.000 ⇒ FIV

- après bilan infectieux chez le partenaire
  Sérologies du couple
  prélèvement vaginal ECBU ♀
  Spermoculture ♂
- Recueil de l'ovocyte après stimulation
- ponction folli 36h après inj HCG
- Recueil spz préparé dans milieu adapté
- insémination des ovocytes par les gamètes in vitro
- Transfert d'E dans la cavité utérine.

Si échec : Spz < 500.000 ⇒ ICSI

adaptation en dernier recours

3) Sur le plan pronostic

1 - immédiat : il semble bon car patiente jeune, BEG, sans tares

elle risque : si colio :
* cpl anesthésique
* plaie vasculaire, digestive
* risque infectieux
* risque thromboembolique

si PMA
* céphalées
* nausée / vomissement
* signes digestifs
* Mastodynie
* prise de poids
* hyperstimulation ovarienne
* Grossesse multiple

* cpl :
- thromboembolique
- hémorragie
- infectieuse
- ponction d'organe

2 - au long cours :

on retrouve de bon éléments pronostic d'infertilité chez notre cple
- jeune age ♀
- ancienneté de l'infertilité (03 ans)

mais le pc reste conditionné par :
* état d'exploration (sans adhérences)
* les données du SpG
* la réponse au ttt (mauvaise répondeuse)
* les chances de GSS après IIU = 12 %
FIV = 22 %

la patiente risque : GEU
Pb pelvien chronique
Hypofertilité
retentissement psychologique
risque KC ovaire, enchaînement (PMA)

Conclusion :

l'infertilité est multifactorielle et complexe
l'intérêt d'une bonne enquête diagnostique complète afin de pouvoir poser la thérapeutique adéquate.
il s'agit d'un cas de stérilité du cple très probablement en rapport avec l'infect° sexuellement transmissible la plus fréquente à chlamydia trachomatis dont la sanction thérapeutique peut aller jusqu'à une PMA

cas: infertilité + OPK

Dr Hadjer Agad

Il s'agit d'une patiente agée de 28 ans qui consulte pour infertilité primaire de 02 ans présentant un hirsutisme et obesité

Cette patiente pose un problème dg + CAT + Pc

1er tps: je complete mon interrogatoire

chez la femme:

- ATCD fx: mort° de mère en couche
  - cas similaire
  - contage tuberculeux
  - mort° d'atteinte génétique
- ATCD personnels:
  - ① - Menarche, caractère sex sec
  - ② - cycle: régularité, durée dysménorrhée I, II
  - ③ dyspareunie - vaginisme
  - ④ interruption: durée, type
  - ⑤ insuffisance
  - ⑥ - age du mariage
  - ⑦ habitude vie: tabac, toxiques
- Médicaux: maladie générale: diabète, HTA, prise médicamenteuse faite
- chirurgicaux = ex appendicectomie compliquée chirurgie pelvienne
- gynéco-obst: ++ ABRT, curetage, IGB répétitive, IGM, hystérectomie ...

chez l'homme:

- age ++
- ATCD fx: infertilité inexpliquée
- ATCD perso:
  - age de puberté
  - sexualité
  - caractère sexuel II
  - profession ++
  - habitude vie: tabac
- ATCD Medicaux:
  - ① maladie générale: HTA, diabète
  - ② prise médicamenteuse: AINS
  - ③ infection: oreillons ++
  - ④ mort° foetale testiculaire
- ATCD chirurgicaux:
  - 1* cryptorchidie
  - 2* varicocèle
  - 3* orchite urienne
  - 4* Torsion testiculaire
  - 5* intervention° hernie inguinale
  - 6* Epididymite
  - 7* urétrite

chez le couple

1* profession: mari ++
2* mode de vie
3* habitude alimentaire
4* sexualité:
- nbre rapport / semaine/cycle
- qualité rapport (dyspareunie, vaginisme) impuissance
- conflit conjugaux

5* intoxication: Tabac, alcool drogue

6* Vie avec autre partenaire

2ème tps: on effectuera un ex clinique soigneux

chez la femme:

ex général = TA, T°, poids + taille (BMI); ex du CN (goitre) hirsutisme - acné - cicatrice BCG, ex abdo cicatrice, masse, ganglions

ex gynécologique =

Sein = volume, symétrie, mastopathie, écoulement

Vulve = grande levre, petite levre, clitoris, implantation° de l'hymen

SPC: etat de la muqueuse vaginale, glaire, filance, OCE
ulcération - nodule
mélanose vaginale

TV + palper abd = posit°, taille, sensibilité, mobilité l'utérus
CDS latéraux droite, HLU

Le conjoint =

ex général = poids, taille, morphotype, pilosité, voix, gynécomastie

ex uro-génital = • Verge = méat urétral (hypospadias)

- Scrotum = hydrocèle, fistule
- Testicule = présence - taille - consistance
- épididyme : kyste nodule
- déférent : agénésie
- varicocèle :
- recherche une cicatrice hernie inguinale
- TR : prostate ++

au total : l'ex clinique retrouve chez notre patiente : ex hirsutisme, et chez le Mari : ATS

au terme de notre démarche clinique, plusieurs étiologie sont évoquées

causes féminine =

* cause mécanique : peu probable
  1. cause vaginale : ex NL
  2. cause cervicale :
  3. cause utérine : polype, myome, synéchie
  4. cause tubo-péritoine : ↗ endométriose, obstruction intra tubaire, post infectieux
* cause hormonale = la plus probable
  1. insuffisance ovarienne primitive : ovaire peu probable : jeune âge pas signe de ménopause
  2. hyperprolactinémie : peu probable, absence aménorrhée - galactorrhée
  3. hyperandrogénie = la plus probable
     soit Tumeur surrénalienne : peu probable, SDHEA NL, hyperplasie congénitale surrénalienne (1 forme rare)
     soit ovarienne : SOPK +++

devant : clinique = jeune âge, trouble cycle, atteinte pilaire, obésité, hirsutisme

échographie :
Volume ovarien > 10 cm3, surface > 5 cm2
≥ 12 follicules 2-9 mm Ø, en périphérie
hyperplasie du stroma

biologie :
- Rapport LH/FSH > 2
- Testostérone libre ↑ que Test totale (DSHEA)
- Androstènedione ↑ pas > 0,5 ng/mL
- Région hyperprolactinémie
- Taux LH, FSH = rémittente

cause masculine

si SPZ = asthéno tératospermie, ATS

* Tabac - alcool - pesticide
  servant - obésité - diabète
  ↑ chaleur scrotale - port de vêtement serré
* varicocèle
* infect° génitale = chlamydia, Mycoplasme
* auto-immune : Ac anti SPZ (si aggrav°)
* idiopathique = antioxydant - gonadotrophine

si SPZ = AZOOSPERMIE

obstructive
non obstructive

au total :

nous sommes devant un couple qui présente une infertilité IIaire de cause probablement d'origine mixte
Mari = ATS, femme opt
notre attitude sera la suite

CAT =

- Notre CAT sera donc une évaluation paraclinique ++

→ chez le couple =

Sérologie à chlamydia - mycoplasme, CMV - HIV - Syphilis

→ chez le conjoint =

- ECBU
- Refaire un 2ème spermogramme après 3 mois et selon les résultat on demande = une imagerie
  - → échoscrotale (varicocèle)
  - → spermoculture
  - → TMS + Bilan HO + caryotype si altération sévère

→ chez notre patiente =

1- Bilan inflammatoire : CRP, FNS, VS
2- prélèvement des pertes pour étude bactériologique : dépistage chlamydia PCR
3- échopelvienne : Myome, endométriose
4- HSG = pour la perméabilité tubaire (si n'a pas été demandée)
5- Bilan HO = FSH/LH, E2, prolactine, TS, AMH
6- monitorage de l'ovulation (cfA)

CAT après ce bilan = PEC

♀

1- **Réduction pondérale** = Régime hypocalorique hygiène de vie activité sportive, si SOPK métabolique qui résiste RHD ⇒ Metformine 1cp 850mg Inositol 1cp 2g/j

2- **Induction de l'ovulation** =
Citrate de clomifène (clomid) on commence par 1cp/j (50mg/j) du J2 - J6 → écho ovulation J12
si absence d'ovulation on peut augmenter la dose jusqu'à 2-3 cp/j sans dépasser les 06 cycles (max) (risque de MAV)
risque = hyperstimulation, grosse multiple

3- si échec = **cœlio drilling** = offre une alternative en gynécologie
- à l'aide d'une pointe monopolaire on cautérise 5-6 points la surface de chaque ovaire avec profondeur de 4-10mm
- Rechercher si stigmate d'infection d'endométriose
- on termine par injection de bleu de méthylène

4- si échec = gynécologie : induction step-down, step-up par FSH pure (Gonal 75mg) = low dose ou antagoniste

5- si échec FIV

♂

si **Tératospermie** =

* compléments vitaminique avec antioxydant (L carnitine)
* alimentation saine - équilibrée
  fruit - légumes
  poissons gras (au oméga 3)
* supplément avec vit E = antioxydant

si pas d'amélioration
TMS =

* 3 mill : IIU 1000000
* 1 - 3 mill : FIV 500000-1000000
* < 1 mill : ICSI < 500000

6- **L'étoxob** = Fouasso inhibiteur de l'aromatase 2018, considéré comme le test de 1ère ligne mais le CCIT ↑↑
Létrozol = CC + Metformine
Letrozol > drilling

pronostic : bon mais

- lié au geste chirurgical réalisé
- risque GEU
- risque d'échec tentative PTA

CC

Syndrome douloureux pelvien aigu fébrile

IGH

Dr Hadjer Ayad

ex total = patiente âgée de 41 ans, G7 P4, sans ATCD particuliers, aux ATCD gynéco d'infect° génitale basse admise pour syd douleur pelvien fébrile, chg qui
* l'ex somatique retrouve: T° = 39°, EG conservé
* l'ex gynéco = des leucorrhées jaunâtres, fétides provenant de l'endocol +++ et au TV la mobilisat° du col déclenche une dlr pelvienne

Cette patiente nous pose un problème diagnostic - théra peutique - pronostic

- Sur le plan diagnostic

Se pose le problème de dg étiologique de ce syd, nous discutons =

A - Cause extra génitale = peu probable

d'origine digestive

* appendicite aigue = dlr FID - fièvre - vomit
  signe MacBurney ⊕
  FNS: GB↑, écho, scano
* péritonite aigue = dlr généralisée, AEG
  contracture abd
* occlusion intestinale aigue = arrêt M/G
  météorisme
* sigmoïdite, recto-colite = rectorragie

d'origine urologique

1 * infect° urinaire : peu probable : absence de brûlure mictionnelle, pollakiurie, ECBU+
2 * pyélonéphrite : peu probable devant le siège pelvien et non lombaire : ECBU+ écho rénale
3 * colique néphrétique = apyrétique, topographie lombaire
  ATCD lithiase

B - Cause génitale +++ le dg le + probable

Cause gravidique = ↑ activité génitale +++ sur prélèvt

1- Menace d'ABRT / ABRT en cours =
aménorrhée, signe sympathique
MTR abondante / fétide
si fièvre = ABRT provoqué criminel
ex s/spéculum peut retirer l'objet !!!

2 GEU =
- absence d'aménorrhée, MTR
- certitude: βHCG = negatif

3- molle:
=> βHCG +++

* endométrite = agents banals / spécifique chlamydia - TBc
+++ FAR: geste endo-utérin, ABRT, IGB non soignée ++
- fièvre - dlr bilatérale - leucorrhée fétide - dlr à la mobilisat° utérine
- CDS = empâtement ou comblement par MLU → bilan infectieux
* salpingite aigue = IGH (bilatérale mixte)
* Tubo-ovarite - pyosalpinx

Cause extra-gravidique

1- ovarienne =
- Torsion kyste = ATCD kyste ovaire, opk, induct° début brutal, intense, masse latéro utérine CDS deux => écho: image latéro utérine, arrêt de la vascularisat au niv du pédicule +++ => coelio → urgence
- hgie intra kystique = début brutal, pas de fièvre, sensibilité FI dlr s'estompe avec le tps => surveillance ++

2- cause utérine =
- Torsion de myome utérin sous séreux pédiculé : si association fièvre + ATCD myome (MLU), patiente nullipare, terrain d'hyperœstrogénie
- Nécrobiose aseptique d'un myome intramural : écho: image en cocarde +++
- Myome accroché par le col: ex au spec

3- infection génitale haute +++ le dg le + probable

Cette infection :

Non compliquée :
- peu de symptômes
- pas de réact° péritonéale
- echographie NL

Compliquée =
- sd infectieux sévère
- abcès pelvien tubo ovarien
- Réact° péritonéale

Cas total = MNS jeune devant une patiente agée de 43 ans, G3P2, sans ATCD particuliers aux ATCD gynécologique IGB qui présente une douleur pelvienne aigue survenant dans un contexte fébrile, due à une infection génitale haute non spécifique ou spécifique (Chlamydia, Mycoplasme, TBC), compliquée ou non

elle nous pose un problème de CAT thérapeutique et de pronostic

2) - CAT

A) - Hospitalisat° et mise en condition : (H n'est pas obligatoire dans les f. simples)

1) dans un milieu gynécologique
2) Voie d'abord
3) Glace sur le ventre
4) Retrait et mise en culture du stérilet +++ (si dans l'année du DIU)
5) Bilan infectieux =
   1. FNS - VS - CRP, + GR, hasse sg, fct rénale
   2. ECB des parités + ECB des urines
   3. prélèvement endocervical
   5. hémoculture aux pic thermique
   6. Sérologies : chlamydia, Mycoplasme, Gonocoque, HIV, hépatite
   7. IDR à la tuberculine

- Sans oublier : ex systématique de la **cavité buccale** + **région anale**

⚠⚠ **prélèvement urétral chez le partenaire** +++

⚠ - étayer notre dg en complétant ce qui n'a pas été fait :

- **dosage βHCG** (elimine les causes gravidiques)
- **écho endoV** = abcès pelvien
  pelvi-péritonite

B) - Etape thérapeutique :

① **Antibiothérapie** = voie orale est possible dans les f. "simples" non compliquées

Voie orale = fluoroquinolone
IGH Non compliquée
- **ofloxacine** 400mg 2x/j pdt 14j (anti-chlamydia)
- **Métronidazole** (flagyl) 500mg 2x/j pdt 14j
- on peut y associer 1g unique 500mg ceftriaxone en IM (si gonocoque)

Voie parentérale = f. "compliquée" défervescente — triple thérapie
- **Ceftriaxone** : 1 - 2g en IV pdt 14 - 21j
- **Métronidazole** = flagyl 1flac 500mg 8h 14 - 21j
- **Doxycycline** 100mg 2x/j en IV 14 - 21j (Tétracycline)

si sepsis sévère : **gentamycine** 160mg/j pdt 3-5j

⚠ : on peut passer à la voie orale dès l'obtention de l'apyrexie
- ATB sera ajustée selon antibiogramme +++

→ Trt partenaire ++ : **Zythromax** 1g en une seule prise (macrolide) chlamydia
ou amoxicilline : ceftriaxone 500mg en IM

→ si tuberculose génitale : RHZ (2 mois) RH (4 mois) + CTC

② antiinflammatoire

③ blocage du cycle = ovulat°

pilule rétro-progestative si pas CI

car ovulat° = rupture foll = risque de surinfect° ovarienne + abcédat°

④ - Celio dig + thérapeutique : après 12-48h de ATB

→ indicat° =

f. compliquée : { abcès pelvien
pelvi-péritonite ne répond pas au tt
évolut° défavorable d'une f. non compliquée : absence de réponse clinique après 48h ATB

f. non compliquée chez ♀ désirant de GSE

→ intérêt =

* dg ⊕ de l'IGH : macroscopiquement et en permettant de prélever histo (TBc) + bactériologique
* thérapeutique : tout en minimisant le risque d'adhérences
* pronostic

→ après bilan standard, réserve sg, éliminat° CI celio

- pneumopéritoine
- Mise en place des trocarts

1 → explorat° = { ovaire augmenté ; abcès pelvien
- Trompe dilatée ± rougeur de pavs = pyosalpinx
- Abcès du douglas
- explorat° soigneuse : région caeco-appendiculaire
péri-hépatique = sd Fitz-Hugh-Curtis chlamydiose +++

2 → prélèvement bactériologique

3 → adhésiolyse atraumatique

4 → Mise à plat des abcès

5 → Toilette péritonéale abondante sérum +++

→ Mise en place de drains de redon

C) - Surveillance =

→ clinique = EG - T° - état hémodynamique - douleur - signes d'occlusion

→ biologique = FNS, CRP - VS

→ échographique : s'associe à la régression des images

→ Tolérance + efficacité du Tt

* évolut° défavorable = persistance de fièvre - collect° péritonéale = fait suspecter une insuffisance thérapeutique
Reprise chirurgicale si persistance de collect°

* évolut° favorable = apyrexie - amélioration EG - correct° progressive biologie - écho NL
→ par suite du tt 14-21j
→ si ♀ désirant GSE : Celio de contrôle 3 mois plus tard ! +++
: évaluer les séquelles · Pc : si > 13 = PMA
si < 13 = adhésiolyse Repermétable

3 - Sur le plan pronostic

* immédiat : dépend : état général
  état hémodynamique
  la sévérité du sd infectieux
  s'il y a

chez notre patiente = Bon / réservé / mauvais en raison :

- la patiente risque : l'aggravation de l'infection :
  - pyosalpinx, abcès ovarien / douglas
  - pelvipéritonite, péritonite généralisée
  - septicémie, choc septique, décès

les cpl de cœlioscopie : liées à l'anesthésie
hypercapnie, plaie vasculaire
ligne, plaie d'organe

les cpl thrombo-emboliques

* au long cours : dépend
  - → du germe pathogène : chlamydia + bacille de Koch : génèrent des phénomènes inflammatoires évoluant par leur propre compte
  - → de la sévérité de la forme aiguë
  - → de l'aptitude individuelle de cicatrisation

⚠ la patiente risque : * Récidive IGH
* chronicité : salpingite chronique, hydrosalpinx
* GEU
* dystrophie ovarienne
* infertilité
* douleurs pelviennes chroniques

CC : IGH = pathologie fréquente, véritable urgence médico-chirurgicale pouvant mettre en jeu le pronostic vital de la patiente à court terme et son pronostic de fertilité au long cours d'où l'intérêt d'un diagnostic rapide et PEC rapide

l'importance de la prévention : hygiène de vie, stérilisation du matériel, asepsie des gestes endo-utérins

---

Traitement ATB à large spectre (pyogènes GN, anaérobies) → Traitement antimycosique afin d'éviter les candidoses induites par ATB prolongés
- Amoxicilline 2g/8h IVD pdt 14j
- Gentamycine 5mg/kg 2x/j (3-5j)
- Flagyl 1g/8h

et le traitement sera modulé après résultats bactério

si infection gonococcique : arrêt gentamycine
Augmentin 3g/j
Rocéphine Amoxi + flagyl

si chlamydia : Tétracycline, Vibramycine 100mg/j ou érythromycine 4g/j

Question pratique du D.E.M.S de GO 2020. Faculté de Médecine de Blida

Madame B Naima âgée de 40 ans admise le 25 décembre au CHU pour métrorragies sur une aménorrhée de 10 SA.

Antécédents familiaux : mère hypertendue, père diabétique, fratrie RAS.

Antécédents personnels : HTA traité.

Obstétricaux : G4P2 (2 EV, 1ABRT)

Examen clinique : état général bon TA 10/06 taille 1,68 m plus de 80kg

Examen gynécologique : col OCE déhiscent, OCI fermé, surmonté d'un utérus augmenté de volume à mi-distance entre le pubis et l'ombilic avec deux masses latéro-utérines de 60 et 70mm de diamètre. Le doigtier revient souillé de sang.

L'échographie ne retrouve pas de structure fœtale mais la présence d'un aspect de flocon de neige en intra-utérin.

Sur le plan biologique le taux d'HCG > 120 000 UI/ml

Quelle est votre conduite à tenir ?